

การประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการส่งเสริม  
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร

บุญรัตน์ พงศ์ภัณฑารักษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)  
สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริม  
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร

นางบุญรัตน์ พงศ์ภัณฑารักษ์

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล,

ปร.ด. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมสุภาว จันทนะโสทธิ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม,

ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โทปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปาหนัน พิษยภิญโญ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริม  
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข  
วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2557



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ รวีวรกุล,  
ปร.ค. (การพยาบาล)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นางบุญรัตน์ พงศ์กัณท์  
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม,  
ปร.ค. (ประชากรและการพัฒนา)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์จินตนา ออจันทีเยะ,  
ส.ค. (พยาบาลสาธารณสุข)  
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปานัน พิษยัญโญ,  
Ph.D. (Nursing)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมสุภาวี่ จันทนะโสทธิ,  
Ph.D. (Nursing)  
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



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

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



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

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก คณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ทัศนีย์ รวิวรรกุล อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม และผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมสุภาวี จันทนะ โสคติ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้แนวคิด คำแนะนำ ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จ สมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์จินตนา อาจสันเทียะ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์วารภรณ์ เสถียรนพเก้า รองศาสตราจารย์สุธรรม นันทมงคลชัย ผู้ช่วย ศาสตราจารย์อภา ยังประดิษฐ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ และให้กำลังใจในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่มอบทุนในการศึกษา

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ สำนักอนามัย หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ขอขอบคุณหัวหน้างานอนามัยชุมชน และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ ความสะดวกในการเก็บข้อมูล ให้กำลังใจ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือใน โปรแกรมการวิจัย และให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้ความรักความเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้การสนับสนุน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ภาควิชาพยาบาล สาธารณสุขทุกท่าน เพื่อนๆนักศึกษาปริญญาโททุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้

บุญรัตน์ พงศ์ภัณฑารักษ์

การประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร

THE INNOVATIVE CARE FOR CHRONIC CONDITIONS APPLICATION TO PROMOTE HEALTH BEHAVIOR IN HYPERTENSION AT RISK GROUP, BANGKOK METROPOLITAN

บุญรัตน์ พงศ์ภักขารักษ์ 5237528 PPHP/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทศนีย์ รวีวรกุล, Ph.D., อังสนา บุญธรรม, Ph.D., พิมสุภาวี่ จันทนะโสคติ, Ph.D.

#### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั้งชายและหญิง อายุ 35 - 59 ปี และมีระดับความดันโลหิต ในเกณฑ์เสี่ยงของ JNC 7 แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ดำเนินการตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2555 - มกราคม 2556 โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการสุขภาพ และให้ดำเนินชีวิตตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค ต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต) ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยพยาบาลสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบมาใช้เป็นแนวทาง เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของประชาชน

คำสำคัญ: นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง / กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง / การมีส่วนร่วมของชุมชน

THE INNOVATIVE CARE FOR CHRONIC CONDITIONS APPLICATION TO PROMOTE HEALTH BEHAVIOR IN HYPERTENSION AT RISK GROUP, BANGKOK METROPOLITAN

BUNYARAT PONGPHANTARAK 5237528 PPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TASSANEE RAWIWORRAKUL., Ph.D.,  
ANGSANA BOONTHUM, Ph.D., PIMSUPA CHANDANASOTTHI, Ph.D.

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to employ the innovative care for chronic conditions application to promote health behavior in a group at risk of hypertension living in an urban community of Metropolitan Bangkok. Participants were males and females aged 35-59 years old, who were people at risk of hypertension (JNC 7 classification of blood pressure). The experimental group (n = 30) and the comparison group (n = 30) participated in the 12-week program, from November 2012 to January 2013. The experimental group joined the program activities aimed to perceive health information, raise motivation, and participate in hypertension prevention whereas the comparison group had the routine health care service and continued their usual lifestyle. Data collection was done at pretest and posttest: data analysis included percentage, mean and standard deviation, paired t-test, and independent t-test with statistical significance of .05.

The results indicate that, at posttest, the experiment group had higher mean scores of perception on severity, susceptibility, benefits and barriers of hypertension prevention practice than those at the pretest and than those of the comparison group, with statistical significance. They also had higher mean scores of perception on self-participation and participation from family members, community leaders, and health personnel. Their health behavior, diet control behavior, exercise, stress management and their health status indicators, Body Mass Index, waist circumference, and blood pressure level were also better than those at the pretest and than those of the comparison group, with statistical significance.

These findings support the innovative care for chronic conditions application to promote health behavior in the group at risk of hypertension. Public health nurses could apply these strategies in other health promoting schemes for better public health outcomes.

KEY WORDS: THE INNOVATIVE CARE FOR CHRONIC CONDITIONS /  
HYPERTENSION AT RISK GROUP / COMMUNITY PARTICIPATION

195 pages

## สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฅ
<b>บทที่ 1    บทนำ</b>	<b>1</b>
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์ทั่วไป	6
1.4 วัตถุประสงค์เฉพาะ	6
1.5 สมมติฐานการวิจัย	7
1.6 ขอบเขตการวิจัย	7
1.7 ตัวแปรในการวิจัย	7
1.8 คำจำกัดความในการวิจัย	8
<b>บทที่ 2    ทบทวนวรรณกรรม</b>	<b>11</b>
ส่วนที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงและการป้องกัน	11
ส่วนที่ 2 บทบาท ภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุข ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ	39
ส่วนที่ 3 ทฤษฎี แนวคิด กระบวนการที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง	41
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	55
กรอบแนวคิดในการวิจัย	64

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3</b>	
<b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>	<b>65</b>
3.1 รูปแบบการวิจัย และแผนภูมิกระบวนการ	65
3.2 พื้นที่วิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	67
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	71
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	74
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	75
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	84
<b>บทที่ 4</b>	
<b>ผลการวิจัย</b>	<b>85</b>
<b>บทที่ 5</b>	
<b>อภิปรายผล</b>	<b>101</b>
<b>บทที่ 6</b>	
<b>สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ</b>	<b>118</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย</b>	<b>123</b>
<b>บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ</b>	<b>137</b>
<b>รายการอ้างอิง</b>	<b>151</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>168</b>
ภาคผนวก ก  รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	169
ภาคผนวก ข  เอกสารรับรองโครงการวิจัย	170
ภาคผนวก ค  เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	172
ภาคผนวก ง  ตารางแสดงการจำแนกรายชื่อ	190
<b>ประวัติผู้วิจัย</b>	<b>195</b>

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1	12
ระดับความดันโลหิตแบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และของ The Seventh Joint National Committee on the Detection, Evaluation, and Treatment of Hypertension	
2.2	23
แนวทางปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภค สำหรับประชาชนทั่วไป	
2.3	24
ตัวอย่างชนิดและปริมาณของอาหารที่คนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปจนถึงวัยผู้สูงอายุ	
2.4	24
ตัวอย่างกลุ่มอาหารที่ให้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน	
2.5	25
การปรับใช้แนวแนวทางอาหารด้านความดันโลหิตสูงร่วมกับการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการในงานวิจัย	
2.6	27
ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความอ้วน และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสำหรับประเทศในเอเชีย	
4.1	86
จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	
4.2	90
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรค	
4.3	93
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบต่อการรับรู้การมีส่วนร่วม	
4.4	96
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	
4.5	98
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องดัชนีมวลกาย และรอบเอว	
4.6	100
เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องระดับระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก	

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
2.1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC)	44
2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	60
2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	64
3.1 รูปแบบการวิจัย	65
3.2 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	70
3.3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	83

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขซึ่งกำลังคุกคามโลก และเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่เสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงเกือบ 8 ล้านคน ทั้งนี้มีการคาดการณ์ว่า ผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (ชาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2556; WHO, 2013) สอดคล้องกับสถานการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยการตรวจวัดความดันโลหิตประชาชนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปพร้อมกันทั่วประเทศ พบว่าคนที่มีความดันโลหิตสูงกว่าครึ่งไม่รู้ว่าคุณเองมีความดันโลหิตสูง (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550; อดุลย์ บัณฑิตกุล, 2552; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และเช่นเดียวกับกรุงเทพมหานครที่พบว่า มีประชาชนถึงร้อยละ 10 หรือประมาณ 425,055 คน เป็นความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) อย่างไรก็ตาม อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองกลับลดลง เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ทำให้ต้องดูแลรักษาระยะยาว เสียค่าใช้จ่ายมาก และเกิดภาวะฟุ้งฟิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ประเทศชาติ และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพเพิ่มขึ้นจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547; Victor et al., 2009; WHO, 2013) โดยพบคนไทยป่วยด้วยโรคหัวใจ และเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ปีละกว่า 150,000 ราย ต้องกลายเป็นคนพิการเพิ่มขึ้นปีละ 84,000 ราย เสียชีวิตจากโรคหัวใจปีละกว่า 11,000 ราย และจากสาเหตุเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงทั้งหัวใจและสมองตีบตันหรือแตกกว่า 45,000 ราย นอกจากนั้นยังทำให้เป็นภาระครอบครัว สังคม ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 15,000 ล้านบาท (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550; ธวัชชัย ภาสุรกุล, 2552; วิไล พัววิไล, 2552; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

ความดันโลหิตสูง แบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรคเป็น 2 ชนิด คือ ความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุและชนิดไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ซึ่งพบมากกว่า ร้อยละ 90 ของความดันโลหิตสูงทั้งหมด (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2544) โดยมีปัจจัยที่เชื่อมโยงให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

ที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อ้วน รับประทานอาหารเค็มมาก ขาดการออกกำลังกาย ในกรุงเทพมหานคร มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 6 ปัจจัย ได้แก่ 1. ภาวะน้ำหนักเกิน 2. การบริโภคอาหารรสจัด 3. การบริโภคผักและผลไม้ 4. กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย 5. การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ 6. การบริโภคยาสูบ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยปัจจัยเสี่ยงทั้ง 6 ข้อนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลซึ่งสามารถปรับเปลี่ยน และแก้ไขให้เหมาะสมได้ และปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ อายุ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; จริยา วิรุพราช, 2551) สำหรับอายุพบได้ตั้งแต่วัยเด็กแต่จะพบมากขึ้นในช่วง 35 ปีขึ้นไปและความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 90 เปอร์เซ็นต์ เมื่อมีอายุ 55 ปีขึ้นไป โดยในกลุ่มเสี่ยงหรือมีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง (Pre-Hypertension) คือมี Systolic Blood Pressure (SBP) 120-139 mmHg หรือ Diastolic Blood Pressure (DBP) 80-89 mmHg เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่เป็นโรค (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550; Chobanian et al, 2003) ซึ่งจากการศึกษาของวสันต์ และคณะ (Vasan et al, 2001) ในผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง อายุ 35-64 ปี พบว่า จะพัฒนาไปสู่ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 และ 2 คิดเป็น ร้อยละ 17.6 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ทำให้ประชากรในวัยทำงานและวัยสูงอายุมีแนวโน้มปัญหาภาวะสุขภาพที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูง (อดุลย์ บัณฑุกุล, 2552) โดยคนกลุ่มนี้มักไม่รู้ตัวเองว่ามีความเสี่ยงเนื่องจากไม่มีอาการจึงไม่ได้สนใจป้องกัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; พิระ นูระกิจเจริญ, 2549) ร่วมกับปรากฏการณ์ยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมและอื่นๆ อย่างรวดเร็วสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงจากความเป็นชนบท มาสู่ความเป็นเมืองใหญ่ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการรับประทานอาหารพื้นบ้าน มาเป็นรับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูง น้ำตาล อาหารหวานและอาหารกึ่งสำเร็จรูป (Pan American Health Organization, 2007) รวมถึงภาวะความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนไทยเกิดความเครียดส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และมีสถิติการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (พิระ นูระกิจเจริญ, 2552)

การควบคุมความดันโลหิตให้ลงสู่ระดับปกติและป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (อาภาพร เผ่าวัฒนา, ภูษิตา อินทรประสงค์, วันเพ็ญ แก้วปาน และปาหนัน พิษยภิญโญ, 2552) โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่พบมากที่สุด คือ พฤติกรรมในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์และดวงกมล จันทรมิถิต, 2542) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงด้านอื่นๆ ดังนั้นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการส่งเสริม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่ม

แอลกอฮอล์ การเลิกบุหรี่ และการตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง นำไปสู่ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ เป็นหน่วยงานหนึ่งของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ให้บริการด้านสุขภาพในพื้นที่แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา สถิติโรค 5 อันดับแรกของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยของศูนย์ฯ 55 ตั้งแต่ปี 2550 - 2552 พบโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคเบาหวาน ในขณะที่เวกงานด้านอนามัยชุมชน พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบมากเป็นอันดับ 1 สำหรับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ผ่านมา เช่น โครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ศูนย์บริการสาธารณสุข 55, 2551, 2552; 2553) ซึ่งจัดบริการในชุมชนโดยไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ประชาชนมารับบริการไม่ครบตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นประชาชนกลุ่มที่ยังไม่ป่วย (สุเมธทา สิทธิพงษ์ และชื่นชม เจริญยุทธ, 2539) อาศัยในชุมชนเมือง มีรายได้น้อย และมีวิถีชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ จึงไม่เห็นความสำคัญ และไม่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน (อาภา ยังประดิษฐ์ และกาญจนา อนุตริยะ, 2552) โดยจากข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุข 55 ปีพ.ศ. 2552 ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 2,134 คน พบประชาชนกลุ่มเสี่ยง 587 คน (ร้อยละ 27.5) คือมี ระดับความดันซิสโตลิก 120-139 mmHg หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 80-89 mmHg นอกจากนี้ ในกลุ่มประชาชนอายุ 20-34 ปี ที่มารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ จำนวน 1,976 คน พบเป็นกลุ่มเสี่ยง 47 คน (ร้อยละ 2.4) ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต ร่วมกับสถานการณ์การทำงานของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ ซึ่งทำงานตามนโยบายของสำนักอนามัย เน้นการเรียกประชุม และสั่งการ เพื่อความรวดเร็ว ทำให้การประเมินผลที่ผ่านมา พบว่ายังมีการทำงานที่ขาดความต่อเนื่องครบวงจร ไม่สนองต่อระดับของปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ประกอบกับในด้านแนวทางการทำงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ มีคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แต่ไม่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางอย่างครบวงจร ทำให้รูปแบบการทำงานด้านนี้ยังไม่ชัดเจน โปรแกรมสำเร็จรูปที่เจ้าหน้าที่กำหนดให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดโครงการ ผลการประเมินพบว่า กิจกรรมเหล่านั้นส่งผลดีต่อพฤติกรรมของประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมแต่เมื่อติดตามในระยะต่อมาพบว่า กิจกรรมก็ไม่ได้ดำเนินการต่อ ชุมชน และประชาชนไม่รู้สึกรถึงการมีส่วนร่วม หรือเป็นเจ้าของกิจกรรม เมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่ กิจกรรมต่างๆจึงหยุดลง และปัญหาสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพไม่ได้รับการแก้ไขโดยตรง เกิดปัญหาโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น จากนั้น

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการในช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ. 2553 เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 154 คนในพื้นที่ของศูนย์ฯ 55 พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็น ร้อยละ 48.70 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลายด้านที่ยังไม่เหมาะสม ร่วมกับการพูดคุยกับอาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ในลักษณะการสนทนากลุ่มในประเด็นโรคความดันโลหิตสูงและการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ออส.ส่วนใหญ่ระบุว่ามีความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ทุกคนมีความเห็นว่ามีคนในชุมชนเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นโดยพบแทบจะทุกหลังคาเรือน และมีหลายบ้านที่เป็นมากกว่า 1 คน ออส.ทุกคนระบุว่าคนที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมักมีพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย ไม่ควบคุมอาหาร ส่วนด้านการจัดการอารมณ์คิดว่าคนป่วยและคนไม่ป่วยมีความใกล้เคียงกัน แต่ถ้าเครียด การสูบบุหรี่หรือดื่มสุราจะมีผลต่อความดันโลหิตสูง ทุกคนรับรู้ว่าโรคนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ได้ เนื่องจากมีคนในชุมชนที่เป็นประมาณ 5-6 คน พบว่าส่วนใหญ่ของ ออส. เป็นโรคความดันโลหิตสูง ด้านบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ออส.ส่วนใหญ่ระบุว่ายังทำได้น้อย เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลา และการประกอบอาชีพ สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ชุมชนมองเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะในด้านการรวมตัวกันเพื่อเรียกร้องเรื่องที่อยู่อาศัย แต่ในส่วนของ การดูแลสุขภาพ และการป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญ

เมื่อทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวาง เช่น แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (บุญชู เหลิมทอง, 2553; นทีชา พินยะกุล, 2003) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (สุชัญญา วงษ์เพ็ง, 2541) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (อุดมลักษณ์ จำสัดย, 2550 Lee; Arthu; Avis, 2007) ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง(ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543; Bosworth et al., 2008) และแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (อนุชา นิลอยู่, 2542; วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์, 2544; เพ็ญศรี สุพิมล, 2552; อรนุช พงษ์สมบูรณ์, 2552) หรือการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (สุวรรณี ลิ้มปีศาจ, 2548; สุภาภรณ์ นิยมสรวณ, 2551; ฐิติมา อินทร์เนตร, 2553) โดยส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้ในรูปแบบของโปรแกรม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแม้โปรแกรมต่างๆ ที่นำมาใช้กับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีต่างๆ นั้นมีอยู่ไม่น้อยและผลการศึกษาของการใช้โปรแกรมเป็นไปในทางที่น่าพึงพอใจ เช่น พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น

(สุชัยญา วงษ์เพ็ญ, 2541) ในกลุ่มทดลองมีการเดินออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มมากกว่า ระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนการรับรู้ความสามารถสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Lee, Arthur, Avis, 2007) หลังการทดลองการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคดีกว่าก่อนการทดลอง (สุภาภรณ์ นิยมสรวย, 2551) แต่พบว่า จำนวนกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก็ยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลโรคความดันโลหิตสูงอย่างบูรณาการทั้งด้านการป้องกันและการควบคุมโรคจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากระบบสาธารณสุขทั่วโลกยังมีการจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา (Epping-Jordan, 2005) ซึ่งรวมถึงประเทศไทย การป้องกันการเกิดโรคในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) จึงเป็นแนวทางที่ดี ในการป้องกันการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วย โดยเน้นให้ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นพยาบาลสาธารณสุขที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนใน 4 มิติ คือการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูและรักษา ปฏิบัติงานในพื้นที่แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเขตเมือง จึงมีแนวคิด และสนใจที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC: WHO, 2002) ประกอบด้วยระบบ 3 ส่วน คือ ระบบเล็ก (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบใหญ่ (Macro system) ในการศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นใน ระบบย่อยเพียงส่วนเดียว คือ ระบบเล็ก เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มุ่งเน้นในระดับชุมชนโดยไม่ได้ต่อเนื่องถึงนโยบายขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่ กรุงเทพมหานคร และนโยบายระดับประเทศ ซึ่งในการวิจัยนี้จะครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้าร่วมกิจกรรม ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยง และครอบครัว จึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter: WHO, 1986) ที่กล่าวถึงกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพให้สำเร็จ 5 กลยุทธ์ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างพลังอำนาจให้ชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2541; สุเทพ เพชรมาก, 2553; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2547) เพื่อให้ชุมชน เกิดความตระหนัก ตื่นตัว รับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มองเห็นประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดการปฏิบัติร่วมกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในการ

ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดผลกระทบต่างๆจากโรคที่จะตามมา เช่น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแลรักษา ภาระของครอบครัว ความพิการและการเสียชีวิต รวมถึงลดผลกระทบด้านจิตใจ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

## 1.2 คำถามในการวิจัย

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบหรือไม่อย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

## 1.4 วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่อง

1. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
4. การเปลี่ยนแปลงในด้าน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต

## 1.5 สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้าน คำนีวมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## 1.6 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ถึงทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

## 1.7 ตัวแปรในการวิจัย

### ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

### ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด
4. ดัชนีมวลกาย
5. รอบเอว
6. ระดับความดันโลหิต

## 1.8 คำจำกัดความในการวิจัย

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชาชนเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีประวัติ พ่อ แม่ ญาติพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีดัชนีมวลกาย  $\geq 25$  กก./ $m^2$  หรือมีรอบเอว โดย ในผู้ชายวัดรอบเอวได้มากกว่า 90 ซม.ขึ้นไป และผู้หญิงวัดรอบเอวได้มากกว่า 80 ซม.ขึ้นไป และมีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg (กระทรวงสาธารณสุข, 2550; Chobanian et al, 2003)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ประชาชนเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 - 59 ปี อาศัยอยู่ในแขวงชองนนทรี เขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยง คือ มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg

โปรแกรมการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว แกนนำ และทีมสุขภาพในการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับย่อย (micro level) ระดับกลาง (meso level) และระดับใหญ่ (macro level) (WHO, 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง รูปแบบการจัดกิจกรรม ตามที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข และทีมสุขภาพร่วมตัดสินใจเลือก เพื่อพัฒนาการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง โดยการประยุกต์กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในระดับย่อย (micro level) ในการ (1) เตรียมทีมสุขภาพ กำหนดแนวทางการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยง และชุมชนตระหนักถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

และเตรียมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว แกนนำชุมชนในด้านการมีส่วนร่วม กำหนดแนวทางสร้างเสริมสุขภาพ และการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง (2) จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (3) ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัดสินใจเลือกเอง (4) การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่องจากครอบครัว แกนนำ และทีมสุขภาพ

**การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงถึงโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีความเชื่อถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Becker et al., 1974)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มเสี่ยงว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยง เช่น อายุ ประวัติครอบครัว และเสี่ยงเพิ่มขึ้นถ้ามีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม ขาดการออกกำลังกาย และการไม่รู้วิธีการจัดการความเครียด รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความรู้สึก หรือเชื่อว่าโรคความดันโลหิตสูงอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยเกิดเป็นโรคเรื้อรัง และเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงขั้นพิการ หรือเสียชีวิต ถ้าไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคได้ เช่น เส้นเลือดสมองตีบ แดก หัวใจวาย รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหรือเชื่อว่าการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตน ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ รับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความไม่คุ้นเคย ไม่สุขสบาย และเสียค่าใช้จ่าย โดยประเมินจากคะแนนรวมแบบสัมพัทธ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ

**พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคนิสัย การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด (Pender, 1996) เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ความถี่ในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดยใช้แบบสัมพัทธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ

**การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และทีมสุขภาพเข้ามามี ส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพตามบทบาทหน้าที่ของตน (WHO, 2002)

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กลุ่มเสี่ยงมีความคิดเห็นว่าตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโดยแบบ สัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิต สูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 16 ข้อ

**ความดันโลหิต** หมายถึง ค่าความดันในหลอดเลือดแดง เมื่อมีการบีบและคลายตัวของ หัวใจ ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน วัดที่แขน (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2552) มี หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรปรอท ได้แก่ ค่าความดันโลหิตตัวบน หรือซิสโตลิก มีค่าปกติน้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือไดแอสโตลิก มีค่าปกติน้อยกว่า 80 มิลลิเมตร ปรอท (Chobanian et al, 2003) โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทตั้งโต๊ะ (mercury sphygmomanometer) ที่ได้รับการตรวจสอบและ calibrate

**เส้นรอบเอว** หมายถึง เส้นรอบเอวที่ใช้ประเมินไขมันหน้าท้อง (Abdominal fat) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับ Metabolism (Tan et al., 2004) มาตรฐานที่ระบุ หน่วยเป็นเซนติเมตร วัดรอบเอวเหนือสะดือ หรือวัดผ่านสะดือ ขณะที่หายใจออกเต็มที่ ไม่ให้สาย รัดแน่นเกินไป และบันทึกค่าที่วัดได้

**ดัชนีมวลกาย** หมายถึง การวัดค่าไขมันร่างกายโดยใช้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนัก กับส่วนสูงของบุคคลวัยผู้ใหญ่ (กรมอนามัย, 2556) ดัชนีมวลกายสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการ เกิดโรคที่เกี่ยวกับเมตาบอลิกในร่างกายเพิ่มเมื่อ BMI = 23.0-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร มีภาวะ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเมื่อ BMI = 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และภาวะเสี่ยงต่อการเกิด โรคอยู่ในช่วงอันตรายเมื่อ BMI  $\geq$  30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบเข็ม ยี่ห้อ CAMRY รุ่น BR9807 ระบุหน่วยเป็นกิโลกรัม เพื่อวัดน้ำหนักตัว และวัดส่วนสูงเป็นเซนติเมตร และ คำนวณค่าที่วัดได้ตามสูตร (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา กึ่งทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพในชุมชน ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีเนื้อหาครอบคลุมหัวข้อดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงและการป้องกัน
2. บทบาท ภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
3. ทฤษฎี แนวคิด กระบวนการที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง
  - แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ส่วนที่ 1 โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงและการป้องกัน

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเท่ากับหรือมากกว่า 140 mmHg และระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเท่ากับหรือมากกว่า 90 mmHg (WHO, 2005)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง มีหลายวิธี ที่นิยม ได้แก่

1. แบ่งตามระดับความดันโลหิต นิยมใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และของ Chobanian et al. (2003) ดังตารางที่ 2.1

**ตารางที่ 2.1** แสดง ระดับความดันโลหิตแบ่งตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และของ The Seventh Joint National Committee on the Detection, Evaluation, and Treatment of Hypertension

WHO			JNC 7		
ค่าความดันโลหิต	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)	ค่าความดันโลหิต	Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)
Optimal	< 120	และ < 80	Normal	< 120	และ < 80
Normal	120-129	และ/หรือ 80-84	Pre - Hypertension	120-139	หรือ 80-89
High normal	130-139	และ/หรือ 85-89			
Grade1 Hypertension (Mild)	140-159	และ/หรือ 90-99	Stage 1 Hypertension	140-159	หรือ 90-99
Grade2 Hypertension (Moderate)	160-179	และ/หรือ 100-109	Stage 2 Hypertension	≥ 160	หรือ ≥100
Grade3 Hypertension (Severe)	≥ 180	≥ 110			
Isolated Systolic Hypertension	≥ 140	และ < 90			

ที่มา: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; อากาศร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2552

**2. แบ่งตามระยะการทำลายอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แบ่งได้ 3 ระดับ คือ**

2.1 ความรุนแรงระดับ 1 ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย

2.2 ความรุนแรงระดับ 2 มีอาการที่แสดงว่า อวัยวะบางส่วนเริ่มมีความผิดปกติ เช่น ตรวจพบหลอดเลือดแดงของเรตินา หัวใจซีกซ้ายโต การทำงานของไต เริ่มผิดปกติ

2.3 ความรุนแรงระดับ 3 มีอาการที่แสดงว่า อวัยวะมีสมรรถภาพเสื่อมลง เป็นผลจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น อัมพาตจากหลอดเลือดในสมองแตก หัวใจวาย

**3. แบ่งตามสาเหตุ ออกเป็น 2 ชนิด คือ**

3.1 ภาวะความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้ร้อยละ 10 อาจมีสาเหตุจาก โรคพิษแห่งครรภ์ การได้รับยาหรือฮอร์โมนบางอย่าง หรือจากโรคของอวัยวะต่างๆ เช่น โรคไต เนื่องจากต่อมหมวกไต ยาคุมกำเนิด หากทราบสาเหตุสามารถรักษาให้หายขาดได้

3.2 ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด (Essential or primary hypertension) ซึ่งพบมากกว่า ร้อยละ 90 ของภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมด พบได้ประมาณ 5-10 % ของคนทั่วไป ส่วนใหญ่เริ่มพบในคนอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป(สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2544, ละเอียต แจ่มจันทร์;

สุริ ชันธรักษาวงศ์, 2549 และอาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2552) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความดันโลหิตสูงมีหลายปัจจัย (Chobanian et al, 2003) โดยอาจแบ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคได้ 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

### 3.2.1 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1) กรรมพันธุ์ จะมีส่วนในการกำหนดค่าความดันโลหิตถึงร้อยละ 30 (วิทยา ศรีมาดา, 2550)

2) อายุ ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะเริ่มในอายุประมาณ 35 ปี เมื่ออายุ 55 ปี พบโอกาสการเป็นความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90 และพบว่าใน 2 คน จะมี 1 คน มีความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553; Chobanian et al, 2003; Whelton et al., 2002)

3) เพศ พบว่าเพศชายจะมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง และเกิดในอายุน้อยกว่าเพศหญิงจนถึงอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับเพศหญิงมีปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541)

4) เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำมีค่าความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงกว่าคนผิวขาว โดยอาจเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน (Bosworth et al., 2008)

### 3.2.2 ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้

1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานเกลือโซเดียมมากทำให้ไตทำงานหนัก เนื่องจากโซเดียมมีผลต่อการดูดกลับของน้ำในร่างกายและส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2549) การบริโภคเกลือโซเดียมน้อยกว่า 3 กรัมต่อวัน จะพบความดันโลหิตสูงน้อยมาก แต่ถ้าบริโภคเกลือโซเดียมเพิ่ม ก็จะทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตาม พบว่าในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงถ้าลดการบริโภคเกลือโซเดียมเหลือเพียง 100 mEq ต่อวัน (ประมาณ 6 กรัมต่อวัน) จะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ คงหนู (2542) เรื่องมิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรวัยทำงาน จังหวัดสระบุรี ที่พบว่าระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) กล่าวคือกลุ่มที่มีพฤติกรรมการบริโภคเกลือในระดับเสี่ยงมากจะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรครุนแรงกว่ากลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงถึง 42.9 เท่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่า การรับประทาน อาหารรสเค็ม มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) หรือการศึกษาของ พิษามณูญ์ ภูเจริญ (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ที่ควบคุมการบริโภคอาหารเค็ม มีระดับความดันโลหิตลดลง และการศึกษาของ

คาปูชิโน และคณะ (Cappuccio et al., 2006) พบว่าการกินเค็มกับ Systolic Blood Pressure (SBP) และ Diastolic Blood Pressure (DBP) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมัน หรืออาหารที่ให้พลังงานสูงมากเกินความต้องการส่งผลให้เกิดการสะสมในรูปแบบไขมัน และเกิดโรคอ้วนในที่สุด โดยพบว่าคนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนไม่อ้วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2556; Kochar & Daniels, 1978: 100 อ้างในธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542: 32) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่าการรับประทาน อาหารมัน อาหารทอด หรือปรุงด้วยกะทิ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โรคอ้วนเกี่ยวข้องอย่างมากกับความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด (Rahmouni et al., 2005) จากการศึกษาของคาวาดา (Kawada, 2002) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่าดัชนีมวลกายและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 40-59 ปี จำนวน 16,871 คน พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่ 20, 25 และ 28 สามารถทำนายการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ 2.1, 3.3 และ 4.6 ตามลำดับ หรือการศึกษาของสแตมเลอร์และคณะ (Stamler et al., 1978 อ้างถึงใน นิภา จรุงเวสม์, 2548) เกี่ยวกับการมีน้ำหนักตัวเกินกับแรงดันเลือด พบว่าในคนอายุ 40-49 ปี ที่มีน้ำหนักตัวเกิน มีอัตราชุกของโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 50 ของคนที่น้ำหนักปกติ เมื่อน้ำหนักเพิ่ม ความดันโลหิตก็จะเพิ่ม ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ 5-7 มิลลิเมตรปรอท (Lazarou & Kouta, 2008) และถ้าลดน้ำหนักได้ 10 กิโลกรัม จะทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

2) ภาวะเครียด มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง และกระตุ้นการทำงานของซิมพาเทติก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยความเครียดมักจะสัมพันธ์กับอาชีพ ระดับเศรษฐกิจและบุคลิกภาพด้วย (สมชัย บวรกิตติ, พรชัย สิทธิศรีธัญกุล, นรินทร์ หิรัญสุขธิกุล และคณะ, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) จากการศึกษาของ แครร์รอล และคณะ (Carroll et al., 2001) ถึงความเครียดที่ปฏิบัติต่อระดับความดันโลหิตและทำนายการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และสามารถทำนายการเกิดความดันโลหิตในอนาคตได้

4) การดื่มสุรา การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$

5) การสูบบุหรี่ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดหดตัวจากผลของนิโคตินในบุหรี่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; Medicine net, 2004 อ้าง

ใน สิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2550: 81; Norton, 1995; Jacob, 2002 อ้างใน ศรัญญา คล้ายสกุล, 2551: 25) หรือผลของนิโคตินที่มีโดยตรงต่อต่อมหมวกไต ส่งผลให้เกิดการหลั่งสารอิพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ทัศนีย์ รวีวรกุล, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ (2549) ที่พบว่าการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงถึง 4.9 เท่า

6) การไม่ออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน โดยจะช่วยลดระดับความดัน ซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551; Chobanian et al, 2003) การศึกษาของ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ (2549) พบว่า วิถีชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตถึงปัจจุบันมีผลให้ลดกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและเกือบสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมาคมฮาร์วาร์ด พบว่าการไม่ออกกำลังกายสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่สูงขึ้น เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้ร่างกายหลั่งสาร endorphine ซึ่งทำให้บุคคลมีความสุข และช่วยลดความเครียด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ออกกำลังกายเท่าไรถึงจะลดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งศึกษาในประชาชนชาวญี่ปุ่นจำนวน 207 คน แบ่งผู้เข้าร่วมการทดลองเป็น กลุ่มควบคุมซึ่งให้ดำเนินชีวิตตามปกติแต่จะมีเครื่องวัดระดับกิจกรรมปกติของพวกเขา และกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม โดยแบ่งตามความถี่และระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายได้แก่ กลุ่ม 1 ออกกำลังกาย 30-60 นาที/สัปดาห์, กลุ่ม 2 ออกกำลังกาย 61-90 นาที/สัปดาห์, กลุ่ม 3 ออกกำลังกาย 91-120 นาที/สัปดาห์ และกลุ่ม 4 ออกกำลังกาย > 120 นาที/สัปดาห์ เมื่อครบ 8 สัปดาห์ พบว่า การออกกำลังกายช่วยลดน้ำหนัก BMI และความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่าง อย่างมีนัยสำคัญ (Takata, Ohta & Tanaka, 2003)

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เลือกกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สามารถกำหนดกลุ่มเสี่ยงได้ชัดเจน ในการจัดกิจกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมเพื่อช่วยลดหรือควบคุมระดับความดันโลหิต ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 35 - 59 ปี ร่วมกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg

### อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ในระยะแรกของโรคหรือในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลาง มักไม่ค่อยมีอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ค่อยได้รับความสนใจที่จะบำบัด เมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปนานๆ หรือมีระดับความดันโลหิตสูงมากขึ้น อาจมี

อาการต่างๆปรากฏได้ แต่อาการที่พบมักจะไม่เฉพาะเจาะจง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ส่วนมากมักพบอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า โดยอาการจะหายไปได้เอง อาการอื่นๆที่พบร่วม ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ตามัว ใจสั่น อ่อนเพลีย ไร้อสมรรถภาพทางเพศ

### ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง เมื่อปล่อยให้ความดันโลหิตสูงต่อไปเป็นระยะเวลานานๆ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) และไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการทำลายอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดที่ตาดำขึ้นแรงดันในหลอดเลือดตาสูงขึ้น ทำให้หลอดเลือดแตก ประสาทตาเสื่อม ตาพร่ามัว และตาบอด ภาวะหัวใจขาดเลือด หรือภาวะหัวใจล้มเหลว การแตกทำลายเนื้อเยื่อสมอง เส้นเลือดในสมองแตก การตีบ อุดตันของหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ เกิดภาวะไตวาย ผู้ป่วยอาจจะถึงแก่กรรมถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2547; พิชามณูชู้ ภูเจริญ, 2550: 15-16) การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดังกล่าว

### แนวทางการป้องกันและควบคุมการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอของ The Seventh Joint National Committee on the Detection, Evaluation, and Treatment of Hypertension (Chobanian, 2003) แนะนำว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Life style Modification) สามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ รวมถึงยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ถึงร้อยละ 50 จึงเป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคที่ดีที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2553: 35) โดยมีแนวทาง ดังต่อไปนี้

#### 1. การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหาร หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจำกัดโซเดียม ไขมันสูง อาหารที่มีแป้งและน้ำตาลสูง และเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ (Chobanian, 2003)

##### 1.1 การควบคุมอาหารที่มีโซเดียมมาก

โซเดียมหรือเกลือมีผลต่อการเพิ่มการดูดกลับของน้ำในร่างกายซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มระดับความดันโลหิต (Chobanian, 2003) การเติมเกลือและผลิตภัณฑ์จากเกลือระหว่างรับประทานอาหารใน 1 วัน มากกว่า 4 ช้อนชา จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น

ปริมาณการเคี้ยวและผลิตภัณฑ์จากเกลือระหว่างรับประทานอาหารใน 1 วัน จึงไม่ควรเกิน วันละ 4 ซ่อนชา โดยแยกเป็นเกลือ 0.1 ซ่อนชา น้ำปลา 2.6 ซ่อนชา และซอส 1.6 ซ่อนชา ซึ่งจะได้ปริมาณโซเดียมต่ำกว่ามาตรฐานของ WHO 0.5เท่า (วรลักษณ์ คงหนู, 2542: 182) โดยมีการแยกอาหารที่มีโซเดียม ดังนี้

**อาหารที่มีโซเดียมจากธรรมชาติ** ส่วนใหญ่มีอยู่ในเนื้อสัตว์มากกว่าพืช และไม่มีรสเค็ม

**อาหารที่มีโซเดียมจากการแปรรูปหรือการถนอมอาหาร** เช่น อาหารหมักดอง อาหารเค็มและตากแห้ง ซึ่งมีการเคี้ยวเพื่อรักษาไม่ให้อาหารเน่าเสีย ส่วนอาหารกระป๋องนั้นใช้สารกันบูดซึ่งมีโซเดียมเป็นส่วนผสมอยู่ในปริมาณมากอยู่แล้ว เป็นต้น

**เครื่องปรุงรสต่างๆ** ทั้งที่มีรสเค็มและไม่เค็ม เช่น น้ำปลา เกลือ ซอสปรุงรสต่างๆ ทั้งที่มีรสหวาน รสเปรี้ยว รสเผ็ด ซอสพริก ซอสมะเขือเทศ น้ำจิ้มไก่ เต้าเจี้ยว น้ำบูดู ปลาร้า เต้าหู้ยี้ ซุปก้อนต่างๆ เป็นต้น

**ผงชูรส** เป็นสารปรุงรสที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมอยู่ประมาณร้อยละ 15 เมื่อมีการเคี้ยวผงชูรสในอาหาร ทำให้มีปริมาณโซเดียมสูงขึ้นจากธรรมชาติ

**อาหารกึ่งสำเร็จรูป** ทั้งชนิดกึ่งและชนิดผง บางชนิดปรุงรสไว้เลยหรือมีเครื่องปรุงแถมมา ซึ่งมีโซเดียมในปริมาณมาก ที่ขายในท้องตลาด เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้ม ซุปต่างๆ

**ขนมต่างๆ ที่ใช้ผงฟู** เพราะผงฟูมีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ รวมทั้งแป้งสำเร็จรูปที่ใช้ทำขนม เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก คุกกี้

อาหารดังกล่าวเป็นตัวอย่างอาหารที่มีโซเดียมสูง มิได้หมายความว่าไม่ให้กิน แต่ควรกินในปริมาณน้อย หรือไม่ควรปรุงอาหารให้มีรสเค็มจัด เช่น ตักน้ำปลาพริกาดข้าวก่อนกิน หรือเติมน้ำปลาในอาหารก่อนชิม เป็นต้น

จากการสำรวจปริมาณโซเดียมที่คนได้รับต่อวันจากอาหารรวมถึงเครื่องปรุง จากเครื่องดื่ม น้ำดื่มและอื่นๆ พบว่ามีการได้รับ ปริมาณโซเดียมที่แตกต่างกันตั้งแต่ 3-7 กรัมหรือมากกว่านั้น โดยส่วนใหญ่ของโซเดียมที่ได้รับอยู่ในรูปสารประกอบคลอไรด์ เท่ากับว่าคนปกติได้รับ เกลือ ประมาณ 7.5-17.5 กรัมต่อวัน โดยโซเดียมที่ได้รับส่วนน้อยจากสารประกอบอื่นที่ไม่ใช่โซเดียมคลอไรด์ เช่น ผงชูรส (โซเดียมโมโนกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมไบคาร์บอเนต) ซึ่งไม่มีรสเค็มนอกจากนี้ยังได้จากอาหารหลัก เช่น เนื้อ นม ไข่ ซึ่งเป็นอาหารที่จำเป็นต่อการเสริมสร้างร่างกาย (อนุชา นิลอยู่, 2542: 21-22)

## 1.2 การควบคุมอาหารไขมันสูง

ไขมันเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ช่วยในการดูดซึมวิตามินเอ ดี อี เค เป็นแหล่งพลังงานให้กับร่างกาย กล่าวคือไขมัน 1 กรัมให้พลังงานสูงถึง 9 กิโลแคลอรี โดยผู้หญิงวัยทำงานต้องการไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน (25 กรัม) และผู้ที่ต้องการพลังงานมากไม่เกิน 9 ช้อนชาต่อวัน (45 กรัม) ถ้าบริโภคมากเกินไปจะเกิดการสะสมทำให้เกิดโรคอ้วนเป็นต้นเหตุโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองตีบ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, 2556; Kochar & Daniels, 1978: 100 อ้างในธิดา กิจจาชาญชัยกุล, 2542: 32) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) ที่พบว่า การรับประทาน อาหารมัน อาหารทอดหรือปรุงด้วยกะทิ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และพบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำหรืออาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวจะสามารถลดความดันโลหิตและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Lipid Research Clinics Program, 1984: 351-374, วลัย อินทร์ทรัพย์พรชัย, 2530: 135-136, 211-213, อมรรัตน์ และคณะ, 2536: 143 อ้างในอนุชานิลอยู่, 2542: 22-23)

## 1.3 การควบคุมอาหารหวาน

สารให้ความหวานได้แก่ น้ำตาลจัดเป็นอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2552 พบวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี ดื่มน้ำอัดลม และน้ำหวาน ร้อยละ 31 พบอัตราการบริโภคน้ำตาลเพิ่มสูงเกือบ 3 เท่าจาก 12.7 กิโลกรัมต่อปี ในปีพ.ศ. 2526 หรือเฉลี่ย 25 ช้อนชาต่อคนต่อวัน ซึ่งราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แนะนำให้บริโภคไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน การบริโภคน้ำตาลมากเกินไปจะส่งผลให้เกิดการสะสมไขมัน จนเกิดโรคอ้วน โดยพบว่าคนอ้วนมักมีความดันโลหิตสูง ผลการสำรวจสุขภาพคนไทย พบผู้หญิงอ้วนเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น 3.8 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1.4 การรับประทานอาหาร DASH dietary (Dietary Approaches to stop Hypertension) พบว่าการรับประทานผักผลไม้ในปริมาณมาก รับประทานอาหารที่มีไขมันรวม ไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอลต่ำ จะสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ ประมาณ 8-14 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003) อาหารด้านความดันโลหิตสูง (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2004) เป็นอาหารที่ใช้เป็นแนวทาง เพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง โดยรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยผัก ผลไม้ ธัญพืช นม และอาหารไขมันต่ำ รวมถึงเนื้อปลา สัตว์ปีก ถั่ว ถั่วเปลือกแข็ง การจำกัดอาหาร เครื่องดื่มรสหวาน เนื้อแดงและไขมันซึ่งมีผลต่อความดันโลหิต สำหรับประชาชนทั่วไป เน้นนิสัยการรับประทานอาหารที่ดี รวมถึงเสนอทางเลือกต่ออาหารขยะ และต่อต้านการบริโภคอาหารแปรรูป ส่งผลต่อการลดความดันโลหิตซิสโตลิก 6 มม.ปรอทและ

ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 3 มม.ปรอทในผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ และลดความดันโลหิตซิสโตลิก 11 มม.ปรอทและ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 6 มม.ปรอท ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยวางแผนรับประทานอาหารประมาณ 1,699-3,100 แคลอรี ในทุกวันและให้หลากหลาย

วิธีลดแคลอรีในการรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง

การรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง สามารถช่วยให้น้ำหนักลดได้ เนื่องจากเป็นอาหารแคลอรีต่ำ เช่น ผักและผลไม้ ทำให้อาหารแคลอรีสูง ต่ำลงได้โดยการเติมผักหรือผลไม้ลงในขนมหรือของหวาน ซึ่งทำให้บรรลุเป้าหมายคือ การรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง ได้โดยง่าย ดังนี้

- 1) เพิ่มการบริโภคผลไม้โดยเน้นผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด แทนขนมต่างๆ
- 2) เพิ่มการรับประทานผัก แทนการเพิ่มอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาลต่างๆ) หรือ โปรตีน (ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ)
- 3) เพิ่มการรับประทานผลิตภัณฑ์จากนมที่ไม่มีหรือมีไขมันต่ำ เช่น โยเกิร์ต แทนไอศกรีม หรือเลือกไอศกรีมไขมันต่ำ
- 4) เลือกใช้เครื่องปรุงรสที่ปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำ
- 5) เลือกใช้น้ำมันจากพืช และใช้น้ำมันเพียงครึ่งหนึ่งของที่เคยใช้
- 6) หั่นอาหารเป็นชิ้นเล็กๆและค่อยๆรับประทาน
- 7) เลือกใช้ผลิตภัณฑ์จากนมที่ปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำ
- 8) ตรวจสอบฉลากอาหารเพื่อเปรียบเทียบปริมาณไขมันในอาหารที่บรรจุและเลือกใช้รายการที่ทำเครื่องหมายปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำกว่าเสมอ
- 9) จำกัดอาหารที่หวานมาก เช่น ขนม โยเกิร์ตที่มีรสหวาน ลูกอม ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน และน้ำผลไม้ เลือกดื่มน้ำเปล่าหรือผลไม้กระป๋องแทน
- 10) ถ้าจะรับประทานโยเกิร์ตให้เลือกที่ปราศจากไขมันหรือไขมันต่ำและใส่ผลไม้เพิ่ม
- 11) รับประทานผลไม้หรือผักแทนขนมขบเคี้ยวต่างๆ
- 12) ดื่มน้ำเปล่าหรือเครื่องดื่มโซดาหรือโซดาผสมมะนาว

สัดส่วนของอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

- 1) ธัญพืช 7-8 หน่วยบริโภคต่อวัน โดยธัญพืชหมายถึง ขนมปัง ข้าวอบกรอบ ข้าว และพาสตา ควรเลือกธัญพืชชนิดไม่ขัดขาว เช่น ข้าวโอ๊ต ขนมปังธัญพืชชนิดหยาบและข้าวซ้อมมือ แทนธัญพืชชนิดขัดขาว เช่น ขนมปังขาว ข้าวขาว เนื่องจากมีวิตามิน เกลือแร่ โยอาหาร และสารอาหารต่างๆ มากกว่า นอกจากนี้ยังอ้วนท้องมากกว่าและนานกว่าด้วย

2) ผลไม้ และผัก 8-10 หน่วยบริโภคต่อวัน ผลไม้ และผักเป็นอาหารที่มีไขมัน และพลังงานต่ำ อุดมด้วยวิตามินหลายชนิด เคลือบแร่ เช่น โพแทสเซียม โยอาหาร และสารไฟโตเคมิคอล ซึ่งเป็นสารเคมีที่มีสรรพคุณป้องกันโรคหัวใจและมะเร็ง โดยมีวิธีเพิ่มผัก ผลไม้ในอาหารได้ ดังนี้

2.1) ซู้ผัก ผลไม้หลายๆชนิดไว้ในตู้เย็น ซึ่งจะช่วยให้มีตัวเลือกในการคิดรายการอาหารมากขึ้น โดยเลือกผัก ผลไม้ที่เก็บได้ไม่นานมารับประทานก่อน

2.2) เตรียมผลไม้ หรือถั่วชนิดต่างๆไว้ที่โต๊ะทำงานเพื่อใช้เป็นอาหารว่าง

2.3) หั่นผัก ผลไม้เป็นชิ้นเล็กใส่กล่องแช่ตู้เย็น เพื่อเอารับประทานอะไร ลองเติมผัก หรือผลไม้ใส่ไปด้วย

2.4) ใช้ผักสีสดใสต่างๆ มาทำสลัด นอกจากนำมารับประทานยังมีสารแอนติออกซิเดชั่น

2.5) ดื่มน้ำผลไม้แทนน้ำอัดลม

3) ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน นม เนยแข็ง และโยเกิร์ต เป็นอาหารที่มีโปรตีนและแคลเซียมสูง ขณะเดียวกันก็มีไขมันสูงด้วย ดังนั้นถ้าบริโภคในปริมาณมากหรือต่อเนื่องอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม มีไขมันอุดตัน และความดันโลหิตสูง จึงควรเลือกหรือปรับโดยวิธีต่อไปนี้

3.1) ค่อยๆ ปรับรสชาตินมที่ละน้อยจากนมสดรสชาติเข้มข้นมาเป็นนมไขมันต่ำโดยผสมนมไขมันต่ำทีละน้อย หรือลองดื่มนมถั่วเหลืองแทน

3.2) ลดการใช้เนยปรุงอาหาร หากต้องใช้เนยแข็งให้เลือกใช้น้ำมันที่มาจากโปรตีนถั่วเหลือง หรือเนยแข็งไขมันต่ำ

3.3) กินโยเกิร์ตแช่แข็งหรือไอศกรีมผลไม้ ซึ่งมีไขมันต่ำแทนไอศกรีมทั่วไป

3.4) ใช้กระทะเคลือบในการปรุงอาหารเพื่อลดการใช้ไขมันหรือน้ำมัน

4) เนื้อสัตว์ ไข่ และปลา ไม่เกิน 2 หน่วยบริโภคต่อวัน อาหารกลุ่มนี้มีโปรตีน และแมกนีเซียมสูง ขณะเดียวกันก็มีไขมันสูงเช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์นม จึงควรเลือก หรือปรับโดยวิธีต่อไปนี้

4.1) เลือกเนื้อไม่ติดมัน เช่น เนื้ออกไก่ เนื้อสันหมูหรือวัว และเลาะไขมันออกก่อนปรุงอาหาร

4.2) ลอกหนังไก่ออกก่อนรับประทาน ช่วยลดปริมาณไขมันออกได้ครึ่งหนึ่ง

4.3) นำแกงจืดหรือซूपไปแช่เย็น ไขมันจะจับตัวแข็งบนผิวหน้า ทำให้ตักออกได้ง่ายก่อนกิน

4.4) เลือกรับประทานเนื้อปลามากกว่า ไก่หรือเนื้อ เพราะมีกรดไขมันโอเมก้า 3 ช่วยลดความดันโลหิต

4.5) ปรุงอาหารจากเนื้อปลา โดยใช้วิธี ต้ม นึ่ง อบ หรือย่าง แทนการทอด

5) ถั่ว และเมล็ดพืชชนิดต่างๆ 4-6 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ ถั่ว (ถั่วฝัก ถั่วเมล็ดแห้ง) ถั่วเปลือกแข็ง และเมล็ดพืชชนิดต่างๆ เป็นอาหารที่มีโปรตีน ใยอาหาร และสารอาหารหลายชนิด โดยเฉพาะแมกนีเซียม และโพแทสเซียม ถั่วเปลือกแข็ง และเมล็ดพืชมีไขมันอยู่มาก แม้ว่าส่วนใหญ่เป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวซึ่งเชื่อว่าสามารถป้องกันโรคหัวใจได้ อย่างไรก็ตามไม่ควรกินถั่วเปลือกแข็ง และเมล็ดพืชมากเกินไป และควรเลือกกินถั่วเมล็ดแห้งเป็นหลัก

6) ไขมัน จำกัดปริมาณ 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน เนื่องจากเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์นม และอาหารสำเร็จรูปส่วนมาก แม้แต่ชนิดไขมันต่ำ มักจะมีไขมันปะปนอยู่ด้วย อาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงแนะนำให้จำกัดปริมาณไขมัน โดยวิธีต่อไปนี้

6.1) ใช้กระทะหรือหม้อเคลือบ เพื่อลดการใช้ น้ำมันหรือไขมันให้น้อยที่สุด ขณะปรุงอาหาร

6.2) ลองใช้น้ำหรือน้ำซूपทดแทนน้ำมัน

6.3) ในการทำอาหาร ใช้สมุนไพรปรุงกลิ่นหรือรสแทนน้ำมันหรือเนย

7) ขนมหวาน จำกัดปริมาณ 5 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์ โดยวิธีต่อไปนี้

7.1) กินขนมปังปังกับผลไม้สดแทนการทานเนย แยม

7.2) กินโยเกิร์ตชนิดจืดและเติมผลไม้สดตามชอบแทนโยเกิร์ตแต่งรส เพราะบางชนิดมีน้ำตาลผสมมากถึง 7 ช้อนชา

7.3) อ่านฉลากก่อนซื้อธัญพืชอบกรอบ เนื่องจากบางชนิดเติมน้ำตาลหรือน้ำเชื่อม

8) เกลือ ในแต่ละวันเราต้องการเกลือโซเดียมไม่เกิน 200-500 มิลลิกรัม หรือ ½ ช้อนชา เนื่องจากเกลือโซเดียมมีอยู่ในอาหารตามธรรมชาติเกือบทุกชนิด เช่น แอปเปิล บร็อกโคลี หรือข้าว สำหรับปริมาณที่แนะนำในคนไทยคือ 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน จึงแนะนำให้จำกัดปริมาณเกลือ โดยวิธีต่อไปนี้

8.1) พยายามกินอาหารสำเร็จรูปให้น้อยที่สุด อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง เช่น ผักหรือผลไม้สด มักมีเกลือต่ำโดยธรรมชาติ

8.2) เลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปโดยดูฉลากที่ระบุว่า “ไม่มีเกลือ” หรือ “มีเกลือน้อย”

8.3) ไม่ควรใช้เกลือปรุงรสอาหาร หากจำเป็นให้เติมในขั้นตอนสุดท้าย เพราะช่วยให้ใช้เกลือน้อยลง

8.4) เสริมรสชาติอาหารด้วยเครื่องเทศ สมุนไพร มะนาว หรือน้ำส้มสายชู แทนเกลือ

8.5) ถ้ากินอาหารนอกบ้าน ให้กำชับพ่อครัวว่าไม่เติมเกลือในอาหาร

8.6) วางแผนล่วงหน้า หากทราบว่าอาหารมีเค็มเป็นอาหารที่มีเกลือสูง ให้เลือกอาหารที่ “ไม่มีเกลือ” เป็นอาหารเช้าและกลางวัน

9) โปแทสเซียม ในแต่ละวันเราต้องการโปแทสเซียม 3,500 มิลลิกรัม หากโปแทสเซียมในร่างกายลดลง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น วิธีที่ดีที่สุดในการเพิ่มโปแทสเซียมคือ เลือกกินอาหารที่มีโปแทสเซียมสูงเพิ่มขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ อาหารที่ไม่ผ่านการปรุงแต่ง ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ

10) แคลเซียม ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ควรกินแคลเซียมวันละ 1,000 มิลลิกรัม เมื่ออายุมากกว่า 50 ปี ควรกินแคลเซียมวันละ 1,200 มิลลิกรัม ในผู้ชายและ 1,500 มิลลิกรัม ในผู้หญิง หากแคลเซียมในร่างกายลดลง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้น การเพิ่มแคลเซียมในร่างกายแต่ละวันมาจากอาหารเป็นหลัก โดยผลิตภัณฑ์นมเป็นแหล่งสำคัญที่มีแคลเซียมสูง โดยแนะนำให้รับประทานนม เนยแข็ง หรือโยเกิร์ต ไขมันต่ำหรือไม่มีไขมัน เต้าหู้ ผักใบเขียว ส้ม

11) แมกนีเซียม ในแต่ละวันเราต้องการแมกนีเซียม 320 มิลลิกรัม เป็นเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกายชนิดหนึ่ง หน้าที่ประการหนึ่งคือทำให้หลอดเลือดขยาย พบว่าการกินแมกนีเซียมเสริมอาจทำให้ความดันโลหิตลดลงเล็กน้อย การรับแมกนีเซียมวิธีที่ดีที่สุดและราคาถูกก็จากอาหารเป็นหลัก ได้แก่ เต้าหู้ ผักขม เมล็ดทานตะวัน ข้าวซ้อมมือ ถั่ว

### 1.5 ชงโภชนาการ

นอกจากนี้ยังมีข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย (Thailand Recommended Daily Allowance; RDA) ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดการบริโภคอาหาร ให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นตามที่กำหนดไว้ ในระดับพอเพียงต่อความต้องการทางโภชนาการ เป็นแนวทางการบริโภคอาหารในประชากรทั่วไป เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับโภชนาการ (Chronic non-communication Diseases Related to Nutrition) ซึ่งแนวทางการปฏิบัติประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ และอาหารแลกเปลี่ยน เป็นเครื่องมือในการวางแผนบริโภคอาหาร (วินัส ลีพหกุล และคณะ, 2545:5)

และแลกเปลี่ยนในกลุ่มที่ให้คุณค่าทางโภชนาการเท่ากัน มีรายละเอียดตามธงโภชนาการ ซึ่งช่วยอธิบายปริมาณของอาหาร ที่ควรกินในแต่ละวันสำหรับเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป จนถึงผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆ ตามข้อกำหนดปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับใน 1 วัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552:19)

## ตารางที่ 2.2 แนวทางปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภค สำหรับประชาชนทั่วไป

สารอาหาร	ปริมาณที่แนะนำให้บริโภค (ร้อยละของพลังงานที่บริโภค)
ไขมันทั้งหมด(Total fat)	≤ 30
กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid)	< 10
กรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fatty acid)	10 - 15
กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid)	< 10
คาร์โบไฮเดรต	55 – 60
คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน(Complex carbohydrate)	> 50
น้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว(Simple carbohydrate)	< 10
โปรตีน	15
ใยอาหาร (กรัมต่อวัน)	25 - 35
โคเลสเตอรอล (มิลลิกรัมต่อวัน)	< 300
เกลือแกง (กรัมต่อวัน)	< 6

ที่มา : National Cholesterol Education Program, 1991 อ้างถึงในวินัส ลิพทกุล และคณะ, 2545:4

### ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคตามธงโภชนาการต่อวัน

การบริโภคอาหารที่เหมาะสมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับจำนวนพลังงานที่ต้องใช้ในแต่ละวัน เพื่อให้เกิดความสมดุลของพลังงานในร่างกายและสุขภาพที่ดีของคนไทย จึงกำหนดจำนวนพลังงานเป็น 3 ช่วง ดังต่อไปนี้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2552:20)

- พลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี สำหรับเด็กอายุ 6-13 ปี หญิงวัยทำงานอายุ 25-60 ปี และผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- พลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี สำหรับวัยรุ่นหญิง- ชายอายุ 14-25 ปี และชายวัยทำงานอายุ 25-60 ปี

3. พลังงาน 2,400 กิโลแคลอรี สำหรับหญิง-ชายที่ใช้พลังงานมาก เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา

ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างชนิดและปริมาณของอาหารที่คนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปจนถึงวัยผู้สูงอายุควรรับประทานใน 1 วัน โดยแบ่งตามการใช้พลังงานเป็น 3 ระดับ

กลุ่มอาหาร	หน่วย	พลังงาน (กิโลแคลอรี)		
		1,600	2,000	2,400
ข้าว - แป้ง	ทัพพี	8	10	12
ผัก	ทัพพี	4 (6)	5	6
ผลไม้	ส่วน	3 (4)	4	5
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	6	9	12
นม	แก้ว	2 (1)	1	1
น้ำมัน น้ำตาล เกลือ	ช้อนชา	กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น		

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บคือปริมาณที่แนะนำสำหรับผู้ใหญ่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552:20)

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างกลุ่มอาหารที่ให้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการเท่ากันหรือใกล้เคียงกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552:20)

กลุ่มอาหาร	ตัวอย่างอาหาร
ข้าว - แป้ง	ข้าวสุก 1 ทัพพี = ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี = ข้าวเหนียว ½ ทัพพี = ขนมจีน 1 จีบ = ขนมปัง 1 แผ่น = บะหมี่ 1 ก้อน
ผัก	ผักทองสุก 1 ทัพพี = ผักคะน้าสุก 1 ทัพพี = ผักบุ้งจีนสุก 1 ทัพพี = แตงกวาดิบ ½ ผลกลาง
ผลไม้	1 ส่วน = เงาะ 4 ผล = ฝรั่ง ½ ผลกลาง = มะม่วงดิบดิบ ½ ผล = กล้วยน้ำว้า 1 ผล = ส้มเขียวหวาน 1 ผล ใหญ่ = สับปะรดหรือแตงโม หรือมะละกอ 6-8 ชิ้นพอคำ = ลองกองหรือลำไย หรือองุ่น 6-8 ผล
เนื้อสัตว์	ปลาทุ 1 ช้อนกินข้าว (½ ตัวขนาดกลาง) = เนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าว = ไข่ไก่ ½ ฟอง = เต้าหู้แข็ง ¼ ช้อน = ถั่วเมล็ดแห้งสุก 2 ช้อนกินข้าว
กลุ่มนม	นมสด 1 แก้ว = โยเกิร์ต 1 ถ้วย = นมพร้อมมันเนย 1 แก้ว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารหรือการควบคุมอาหารทั้งในด้านการควบคุมอาหารที่มีโซเดียมมาก และการควบคุมอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก หรืออาหารที่มีพลังงานสูงเนื่องจากอาหารทั้งสองประเภทล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตของประชากร 31 กลุ่มเสี่ยงทั้งสิ้น และเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยได้ปรับใช้แนวทางอาหารด้านความดันโลหิตสูงร่วมกับการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ตามตาราง ดังนี้

**ตารางที่ 2.5** การปรับใช้แนวแนวทางอาหารด้านความดันโลหิตสูงร่วมกับการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการในงานวิจัย

อาหารด้านโรคความดันโลหิตสูง	ธงโภชนาการ	งานวิจัย
<p>วางแผนรับประทานอาหารหลายอย่างที่รวมในอาหารทุกวัน ปริมาณแคลอรีตั้งแต่ 1,699-3,100 แคลอรี โดยมีสัดส่วนของอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ธัญพืช 7-8 หน่วยบริโภคต่อวัน</li> <li>2) ผลไม้ และผัก 8-10 หน่วยบริโภคต่อวัน</li> <li>3) ผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ หรือไม่มีไขมัน 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน</li> <li>4) เนื้อสัตว์ ไข่ และปลา ไม่เกิน 2 หน่วยบริโภคต่อวัน</li> <li>5) ถั่ว และเมล็ดพืชชนิดต่างๆ 4-6 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์</li> <li>6) ไขมัน จำกัดปริมาณ 2-3 หน่วยบริโภคต่อวัน</li> <li>7) ขนมหวาน จำกัดปริมาณ 5 หน่วยบริโภคต่อสัปดาห์</li> <li>8) เกลือ ไม่เกิน 200-500 มิลลิกรัม หรือ ½ ช้อนชาต่อวัน</li> <li>9) โพแทสเซียม 3,500 มิลลิกรัมต่อวัน</li> </ol>	<p>แสดงกลุ่มอาหารและสัดส่วนการกินอาหารของธงโภชนาการ เป็น 4 ชั้น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชั้นที่ 1 กลุ่มข้าวแป้ง วันละ 6-12 ส่วน</li> <li>2. ชั้นที่ 2 กลุ่มผักและกลุ่มผลไม้ โดยกินผักวันละ 4-6 ททัพพี ผลไม้ 3-5 ส่วน</li> <li>3. ชั้นที่ 3 กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ ไช้ และกลุ่มนม วันละ 3-6 ส่วน หรือ 6-12 ช้อนกินข้าว</li> <li>4. ชั้นที่ 4 กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ กินแต่น้อย เท่าที่จำเป็น *** น้ำมันหรือไขมัน ไม่เกิน 2 ส่วนหรือ 2 ช้อนชา เกลือ ไม่เกิน 1 ช้อนชา และ น้ำตาล ไม่เกินวันละ 4ช้อนชา</li> </ol>	<p>โดยยึดธงโภชนาการเป็นหลักและนำแนวทางอาหารด้านโรคความดันโลหิตสูงมาสอดคล้อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มข้าวแป้ง วันละ 7-8 ททัพพีต่อวัน ได้แก่ อาหารกลุ่มธัญพืช เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ขนมหิน ขนมหงอก เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารที่เป็นแหล่งของคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย เลือกอาหารธัญพืชชนิดไม่ขัดขาว หรือขัดขาวแต่น้อย เช่น ข้าวกล้อง ขนมหงอกธัญพืชชนิดหยาบ เป็นต้น จะให้คุณประโยชน์มากกว่า มีวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหาร ได้พลังงานที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อิ่มท้อง นานกว่า และสามารถควบคุมความดันโลหิต ได้ด้วย</li> <li>2. กลุ่มผลไม้และผัก อาหารกลุ่มผลไม้และผักเป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหารและมีฤทธิ์ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ดังนั้น ควรรับประทานวันละ 8-10 ส่วน โดยแนะนำให้บริโภคผัก 6 ททัพพี ผลไม้ 4 ส่วน เพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้</li> <li>3. กลุ่มเนื้อสัตว์ ไข่ ไช้ และกลุ่มนม วันละ 3-6 ส่วน หรือ 6-12 ช้อนกินข้าว แนะนำให้บริโภคปลาเป็นหลัก เพราะในปลามีไขมัน โคลเลสเตอรอล และพลังงานต่ำกว่าเนื้อสัตว์ชนิดอื่นสลับกับการบริโภค เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไช้ รวมทั้งบริโภคถั่วเมล็ดแห้ง เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหาร โปรตีนที่มีคุณภาพดีเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และนม เป็นแหล่งของแร่ธาตุแคลเซียม ฟอสฟอรัส วิตามินบี 2, 12 นอกจากนี้แคลเซียมในนมยังสามารถช่วยลดความดันโลหิตลงได้ แนะนำให้บริโภคผลิตภัณฑ์นมชนิดไขมันต่ำ หรือไม่มีไขมัน วันละ 1 แก้ว ต่อวัน ร่วมกับอาหารชนิดอื่นที่มีแคลเซียมเช่น ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย เต้าหู้เหลือง</li> <li>4. กลุ่มน้ำมัน น้ำตาล เกลือ กินแต่น้อย เท่าที่จำเป็น</li> </ol>

## 2. การควบคุมน้ำหนัก (สิริรัตน์ ลีลาจรัส, 2550; Chobanian et al, 2003)

พบว่า น้ำหนักตัวยิ่งเพิ่มมากเท่าไร ความดันโลหิตก็จะยิ่งสูงขึ้น จึงต้องควบคุม น้ำหนักตัวให้เหมาะสม ในปัจจุบันมีวิธีประเมินที่สะดวกและนิยม 2 วิธี ได้แก่

- ดัชนีมวลกาย BMI (body mass index) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยการชั่ง น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม วัดส่วนสูงเป็นเมตร และนำไปคำนวณโดยใช้สูตร

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

สำหรับคนไทยทั้งชายและหญิงหากดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะพบอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น จึงมีการ กำหนดค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 ถือว่าน้ำหนักเกิน

- วัดเส้นรอบเอว (Waist circumference) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; Tan et al., 2004) โดยรอบเอวที่เหมาะสมกับคนไทยคือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

### วิธีการวัด

1. ใช้สายวัดแบบช่างตัดเสื้อ
2. วัดรอบเอวเหนือสะดือให้สายขนานกับพื้น โดยวัดระดับสะดือคือ
3. วัดขณะที่หายใจออกเต็มที่ อย่าให้สายรัดแน่นเกินไป

สำหรับเส้นรอบเอวของผู้ที่จัดว่าอ้วนลงพุง มีไขมันในช่องท้องและร่างกาย คือ ผู้ชาย ตั้งแต่ 90 เซนติเมตร และผู้หญิง ตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป

**ตารางที่ 2.6** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ระดับความอ้วน และภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคสำหรับประเทศในเอเชีย

น้ำหนักตัว	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Obesity Class	ภาวะเสี่ยง ต่อโรค Metabolic	ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อเส้นรอบเอว	
				ชาย < 90 ซม. หญิง < 80 ซม.	ชาย > 90 ซม. หญิง > 80 ซม.
น้ำหนักน้อย (underweight)	< 18.5	0	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
น้ำหนักปกติ (normal)	18.5 - 22.9	0	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ
น้ำหนักเกิน (overweight)	23.0 - 24.9	0	เสี่ยงเพิ่มขึ้น	เสี่ยงเพิ่มขึ้น	เสี่ยงสูง
อ้วน (obesity 1)	25.0 - 29.9	1	เสี่ยงสูง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงสูงมาก
โรคอ้วน (obesity 2)	> 30	2	เสี่ยงสูงมาก	เสี่ยงสูงมาก	เสี่ยงสูงมาก

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข, 2547

**การวัดเส้นรอบเอว (Waist circumference)** (กระทรวงสาธารณสุข, 2553; Tan et al., 2004)

การวัดเส้นรอบเอวจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในอวัยวะภายในช่องท้อง หากมีไขมันช่องท้องมากจะพบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าไขมันที่อยู่ ตามแขนหรือขา คนที่อ้วนลงพุงจึงเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยสามารถรู้ว่าเป็นอ้วนลงพุงหรือไม่จากการวัดรอบเอว โดยรอบเอวที่เหมาะสมกับคนเอเชียคือ ผู้ชายน้อยกว่า 90 เซนติเมตร และผู้หญิงน้อยกว่า 80 เซนติเมตร

**วิธีการวัด**

1. ใช้สายเมตรธรรมดา
2. วัดรอบเอวเหนือสะดือ โดยวัดผ่านสะดือ
3. ให้สายขนานกับพื้น
4. อย่าให้สายรัดแน่นเกินไป
5. วัดขณะที่หายใจออกเต็มที่

สำหรับเส้นรอบเอวของผู้ที่จัดว่าเป็นอ้วนลงพุง มีไขมันในช่องท้องและร่างกาย คือ ผู้ชาย  $\geq 90$  เซนติเมตร และผู้หญิง  $\geq 80$  เซนติเมตร

โดยการศึกษาของรอชเรอร์และคณะ (Rohrer et al., 2007) พบว่า จำนวนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) โดยผู้ที่มี BMI > 35 มีโอกาสที่จะเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าผู้ที่มี BMI ระหว่าง 30 - 35

### 3. การออกกำลังกาย

หมายถึง กิจกรรมทางกายที่มีการวางแผน มีโครงสร้างและมีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายอย่างซ้ำๆ แล้วเกิดการใช้พลังงาน ซึ่งจะมีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย (สุวิมล สันติเวช, 2545; พระระวี เต็งอำนวยการ, 2553; Sigal et al., 2004) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้ใหญ่ถึงสูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550; ACSM, 1998) โดยใช้หลักเกณฑ์ฟิต (Frequency Intensity Time Type Enjoyment: FITTE) มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) เป็นการกำหนดความเหมาะสมในการออกกำลังกาย โดยควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3-5 วันต่อสัปดาห์

2. ความหนักเบาหรือความแรงของการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) เป็นการกำหนดความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ออกกำลังกาย เพื่อป้องกันอันตรายต่อร่างกายและให้ได้ผลดีที่สุด โดยปกติเราจะใช้อัตราการเต้นของหัวใจเป็นตัววัดความหนักของงาน ถ้าเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ อัตราการเต้นของหัวใจของผู้ออกกำลังกายควรอยู่ในอัตรา 70-80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด โดยการคำนวณดังต่อไปนี้

$$\text{ชีพจรสูงสุด} = (220 - \text{อายุปี}) \times (70 - 80 \%) / 100$$

สำหรับการออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลาง เป็นวิธีการที่เหมาะสมและนำไปใช้ได้ผลในการป้องกันและลดความเสี่ยงของผู้ใหญ่ในชุมชนที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง (บุญยวีร์ ประเสริฐไทย, 2550) สามารถวัดได้ด้วยตนเอง โดยใช้การทดสอบความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด (Talk test) โดยพูดขณะออกกำลังกาย ถ้าสามารถพูดได้สบายแต่หายใจเร็วมากขึ้น ร่างกายอบอุ่นขึ้น หรือหายใจแรงและลำบากมากขึ้น พูดคุยลำบากขึ้นเล็กน้อย แสดงว่าการออกกำลังกาย มีความหนักระดับปานกลาง (Foster et al., 2008; Norman et al., 2002)

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Time of Exercise) เป็นการกำหนดช่วงเวลาในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพแต่ละครั้ง โดยทั่วไป ควรใช้เวลาประมาณ 25-45 นาที ทำให้หัวใจและปอดทำงานดีขึ้น โดยสามารถใช้วิธีออกกำลังกายติดต่อกันรวดเดียว หรืออาจใช้วิธีออกกำลังกายแบบสลับสัปดาห์ โดยแบ่งเป็นช่วงๆ ในแต่ละช่วงควรใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 15-20 นาที

4. ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ส่งเสริมสมรรถภาพของหัวใจและปอดโดยการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ จักรยาน เต้นแอโรบิก รำมวยจีน สำหรับงานวิจัยนี้ใช้การออกกำลังกายแบบแอโรบิกตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก

5. ความสนุก (Enjoyment of Exercise) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายจะต้องคำนึงถึงความสนุกสนาน สอดคล้องกับความต้องการ และเหมาะสม

#### ขั้นตอนการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

1. อบอุ่นร่างกาย (warm-up) ด้วยการเดินหรือวิ่งเหยาะเบาๆ และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที
2. เคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกาย (exercise phase) ระดับปานกลางหรือรุนแรงตามความสามารถและความชอบ หรือฝึกความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อ 15-20 นาที
3. คลายกล้ามเนื้อ (cool down) ด้วยการค่อยๆผ่อนแรงลงจนสู่สภาวะปกติและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที

#### ผลของการออกกำลังกายแบบ แอโรบิก ดังต่อไปนี้

1. ได้ปริมาณอากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพราะอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น
2. อัตราการเต้นของหัวใจและประสิทธิภาพในการสูดเลือดเพิ่มขึ้น
3. การไหลเวียนเลือดในร่างกายดีขึ้น
4. ออกซิเจนถูกส่งไปตามอวัยวะต่างๆ ได้สะดวกและรวดเร็ว
5. ลดอาการเมื่อยล้า ทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้นานขึ้น
6. ส่งเสริมบุคลิกภาพ ทำให้ร่างกายได้สัดส่วน
7. กล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ แข็งแรงมากขึ้น

ในการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่อ โรคความดันโลหิตสูงออกกำลังกาย นอกจากคำนึงถึงประโยชน์คือการควบคุมระดับความดันโลหิต ช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควรคำนึงถึงความปลอดภัยในการออกกำลังกายด้วย โดยความหนักเบาในการออกกำลังกายควรอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากส่งผลดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ดีกว่าความหนักระดับสูง (Chobanian et al, 2003)

สำหรับในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยใช้การออกกำลังกาย ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยรูปแบบการออกกำลังกายจะได้จากการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริง เหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

#### 4. การจัดการความเครียด

ความเครียด เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงจากหลักการประสาทวิทยา การจัดการกับความเครียดด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อมิให้ความเครียดนั้นเป็นอันตราย ต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่

4.1 การคลายเครียดในภาวะปกติ เป็นวิธีการคลายเครียดที่คนทั่วไปนิยมปฏิบัติ โดยมักเลือกปฏิบัติในวิธีที่เคยชิน ถนัด หรือชอบ และสนใจ ทั้งนี้เพียงเพื่อให้ความเครียดลดลง รู้สึกสบายใจมากขึ้น

4.2 การคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2546) เมื่อมีความเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็ง และจิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก เป็นวิธีง่ายๆ สามารถทำได้ด้วยตัวเอง โดยเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับตนเอง มีทั้งสิ้น 6 วิธี คือ

4.2.1 การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม ได้แก่ แขนขวา แขนซ้าย หน้าผาก ตา แก้ม และจมูก ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น คอ ออก หลัง และไหล่ หน้าท้องและก้น ขาขวา ขาซ้าย

วิธีการฝึกมีดังนี้

- นั่งในท่าที่สบาย เกร็ง
- กล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนชิด

แล้วคลาย

- ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปี ย่นจมูกแล้วคลาย
- ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เม้มปากแน่น

และใช้ลิ้นดันเพดาน โดยหุบปากไว้แล้วคลาย

- คอ โดยการก้มหน้าให้คางจรดคอ เงยหน้าให้มากที่สุด

แล้วกลับสู่ท่าปกติ

- ออก หลัง และไหล่ โดยหายใจเข้าลึกๆ แล้วเกร็งไว้ ยก

ไหล่ให้สูงที่สุดแล้วคลาย

- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีเขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย

- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าขึ้นสูง เกร็งขาซ้าย และขวาแล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงความเครียดจากการเกร็ง กล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อกลายกล้ามเนื้อออกแล้ว ดังนั้นครั้งต่อไป เมื่อเครียดและ กล้ามเนื้อเกร็งจะได้ออกตัว และรีบผ่อนคลายโดยเร็ว ก็จะช่วยให้ช่วยได้มาก

4.2.2 การใช้จินตนาการ การใช้จินตนาการ เป็นกลวิธีอย่างหนึ่ง ที่จะดึงความสนใจออกจาก สถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์อันงดงาม ที่เคยผ่านมาแล้วในอดีต หรือเป็นเรื่องที่จินตนาการขึ้นใหม่ เป็นการเรียนรู้วิธีการปรับความคิดวิธีหนึ่ง ซึ่งแตกต่างจาก การคิดแบบไม่มีเป้าหมาย หรือเลื่อนลอย ในการจินตนาการสถานการณ์ที่สดชื่นงดงามนั้น สามารถกระทำได้หลายลักษณะ เช่น การย้อนระลึกถึงสถานที่สวยงาม ที่เคยได้ไปท่องเที่ยวมาแล้ว จำพวกชายทะเล น้ำตก ภูเขา สวนดอกไม้ ทุ่งหญ้า ป่าไม้ เป็นต้น หรือจินตนาการเอาเอง ถึงสถานที่ที่สวยงาม ซึ่งเมื่อนึกถึงแล้ว จะทำให้จิตใจรู้สึกสงบ มีความสุขสดชื่น ในขณะที่ใช้จินตนาการนั้น จะต้องทำให้ตัวเองรู้สึกเหมือนจริงที่สุด โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 จนแทบจะได้กลิ่นหอมของดอกไม้ ได้ยินเสียงคลื่น ได้สัมผัสหยาดน้ำค้างตามใบหญ้า รู้สึกถึงความอบอุ่นของแสงแดดยามเช้า ฯลฯ เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้อยตาม จนรู้สึกเป็นสุขได้เหมือนอยู่ในเหตุการณ์จริงเลยทีเดียว เมื่อ จิตใจกำลังสงบ และเพลิดเพลินกับจินตนาการ ขอให้ใช้เวลาช่วงนี้บอกย้ำกับตัวเองว่า คุณกำลังผ่อนคลาย กำลังสบายอย่างที่สุด พร้อมทั้งให้กำลังใจตัวเองด้วยว่าคุณเป็นคนเก่ง คุณสามารถเอาชนะปัญหา และอุปสรรคในชีวิตได้อย่างแน่นอน และเมื่อจบการจินตนาการแล้ว ขอให้คุณคงความสดชื่นต่อไป และเกิดกำลังใจ ที่จะสู้ปัญหามากขึ้นด้วย

ขั้นตอนของการใช้จินตนาการมีดังนี้

- เลือกสถานที่ที่สงบและเป็นส่วนตัว ปลอดภัยการรบกวนจากผู้อื่นสัก 10-15 นาที

- นั่งในท่าที่สบาย บนเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หรือจะนอนเอนหลังก็ได้ แต่ต้องระวังอย่าหลับ

- คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้าออกด้วย  
- หลับตาลง แล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่ที่สวยงาม สงบ และเป็นสุข เช่น การเดินชมชายหาด

- เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่า คุณรู้สึกสบาย และคุณเป็นคนดีมีความสามารถมากพอ ที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เสมอ

- ค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะ  
ลงมือทำงานต่อไป

4.2.3 การฝึกการหายใจ

4.2.4 การทำสมาธิเบื้องต้น

4.2.5 การใช้เทคนิคความเงียบ

4.2.6 การใช้เทพเสียงคลายเครียดด้วยตัวเอง

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การจัดการความเครียด  
ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆเพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่ม  
เสี่ยง โดยรูปแบบการจัดการความเครียด จะได้จากการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่ม  
ตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริง เหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

## 5. การสูบบุหรี่

จากการศึกษาพบว่าหากผู้สูบบุหรี่ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่อย่างจริงจังโดย  
วิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับจิตสังคมนำบดจะเพิ่มโอกาสสำเร็จในการเลิกบุหรี่ร้อยละ 20  
(Prochazka, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ จาริยะศิลป์ (2543) ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ  
ความดันโลหิตสูงในจังหวัดชลบุรี อายุระหว่าง 35-55 ปี ซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงรับฝึชอบต่อภาวะ  
สุขภาพโดยปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่ในระดับมาก

5.1 วิธีเลิกบุหรี่ (สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2553; Prochazka,  
2000) โดยส่วนใหญ่ ประมาณ 90% ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ คือเลิกได้ไม่ต่ำกว่า 1 ปี จะเลิกได้ด้วย  
ตัวเอง โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรือสารนิโคตินแทนบุหรี่ การใช้สารนิโคตินทดแทนมิได้หมายความว่า  
จะสามารถเลิกบุหรี่ได้ทุกคน ความตั้งใจจริง กำลังใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การ  
เบี่ยงเบนความสนใจขณะมีอาการอยากบุหรี่ จะสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ วิธีการที่ผู้เลิกสูบบุหรี่ได้  
สำเร็จแนะนำ คือ เตรียมตัว ตั้งใจ ตัดสินใจแน่วแน่ ว่าต้องการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง

5.2 อาการที่เกิดขึ้นจากการอดบุหรี่ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางเคมี เพื่อ  
ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ โดยอาการจะเป็นเพียงชั่วคราวประมาณ 72 ชั่วโมงเท่านั้น ได้แก่ หงุดหงิด  
อยากสูบบุหรี่อีก ง่วง กระสับกระส่าย โกรธง่าย หดแรงแรง ปวดศีรษะ

มีแนวทางการแก้ไข คือ ดื่มน้ำบ่อยๆ ออกกำลังกาย พุดคุยกับคนข้างเคียง  
ที่คุ้นเคยเพื่อระบายความหงุดหงิดออกไปบ้าง ผ่อนคลายในห้องที่เงียบๆ ฟังเพลงเบาๆ งดเว้นงานที่  
ต้องใช้ความคิดมากๆ ดื่มนมอุ่นๆ คุยปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนสนิท อดทนกับอารมณ์ของตัวเอง บอกคน  
ข้างเคียงให้ทราบ และขอร้องให้อดทนเข้าใจคุณ เขียนระบายความรู้สึกในสมุดบันทึก ถ้าทนไม่ไหว  
ให้ทุบ หรือชกหมอน เข้าห้องน้ำแล้วตะโกนก็ช่วยได้ หรือรับประทานยาแก้ปวด

สำหรับในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่โดยวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเกิดความเคยชิน เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคอย่างถูกต้อง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆเพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยรูปแบบการเลิกสูบบุหรี่จะได้รับการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริง เหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

## 6. การดื่มสุรา

การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้มีการเพิ่มการไหลเวียนโลหิตมากขึ้นหลอดเลือดขยายเพิ่มขึ้น ในคนที่ดื่มจัดมักพบที่มีความดันโลหิตสูงและยิ่งดื่มมาก ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (จิตติมา ชูแพทย์, 2542) จึงควรจำกัดการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อวัน ซึ่งจะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al, 2003) โดยในผู้ชายไม่เกิน 30 มิลลิตร และในผู้หญิงไม่เกิน 15 มิลลิตร เนื่องจากน้ำหนักตัวน้อยกว่าและร่างกายดูดซึมแอลกอฮอล์ได้มากกว่าผู้ชาย (จิตติมา ชูแพทย์, 2542) หรือในผู้ชายดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน (1 ดื่มมาตรฐาน มีแอลกอฮอล์อยู่ประมาณ 10 กรัม นับเป็น 1 แก้ว เท่ากับ เบียร์ 285 ซีซี. หรือ ไวน์ 100 ซีซี. หรือสุรา 30 ซีซี. (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553) การศึกษาของอัญชลี ศรีสวัสดิ์ (2543) พบว่า การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$

แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ (ปิยนุช รักษ์พานิชย์, 2542: 20-21 อ้างใน อรนุช พงษ์สมบุญ, 2552)

1. หาเหตุผลที่ต้องดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต เช่น เสียใจ เหงา ปฏิเสธเพื่อนไม่ได้ และหาแนวทางการแก้ไขหากต้องเผชิญกับปัญหานี้ๆ อีก โดยไม่ใช้แอลกอฮอล์
2. พิจารณาพฤติกรรมการดื่มของตน เช่น ดื่มเร็ว และเมื่ออยู่กับเพื่อนดื่มมากขึ้นหรือไม่ เพื่อนำมาแก้ไขในการลดปริมาณการดื่มลง เช่น ดื่มให้ช้าลง รับประทานอาหารให้มากขึ้น กำหนดปริมาณที่จะดื่มในแต่ละครั้ง โดยกำหนดให้ลดปริมาณการดื่มลงเรื่อยๆ เดือนตัวเองว่าแอลกอฮอล์เป็นเหมือนยาประเภทหนึ่ง ไม่ควรดื่มเร็วๆ
3. เดือนตัวเองอยู่เสมอว่าแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อร่างกาย ครอบครัว และสังคม

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ มาสร้างคำถาม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมานานจนเกิดความเคยชิน เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคอย่างถูกต้อง จนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้ครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง โดยรูปแบบการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ จะได้จากการร่วมคิด ร่วมวางแผนอย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มเน้นการทำได้จริง เหมาะสมกับกลุ่ม ประหยัด และเกิดประโยชน์สูงสุด

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

สุชัยญา วงษ์เพ็ง (2541) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม และวิธีการทางสุขศึกษามาใช้ซึ่งประกอบด้วย การจัดอบรม การอภิปราย การใช้ตัวแบบทางบวกและทางลบ การกระตุ้นเตือนโดยใช้กลุ่มเพื่อนและ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และการแสดงตัวอย่างของจริง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำแนวคิดทฤษฎีทางสุขศึกษามาประยุกต์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น จึงควรนำไปใช้ในการจัด ดำเนินการเพื่อลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป หรือการศึกษาของ

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ (2543) ศึกษาเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 47 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและฝึกทักษะ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ระยะเวลา 16 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่า ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทุกราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการ พัฒนาขั้นตอน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการควบคุมการบริโภคอาหารเค็ม ไขมัน แป้งและน้ำตาลสูง การบริโภคอาหารกากใยเป็นประจำ การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ไปสู่ขั้นปฏิบัติ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง ความสมดุลของการตัดสินใจ การรับรู้ความสามารถตนเอง การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับความดันโลหิตตัวล่างไปในทางที่ดีขึ้น

บุญชู เหลิมทอง (2553) ศึกษาเรื่องผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้าโดยที่ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะงานที่คล้ายกัน ได้รับบริการทางการแพทย์เหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมเพิ่มเติมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และดำเนินตามแผนกิจกรรมประกอบด้วย (a) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผลของการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มทดลองเพิ่มการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (b) ฝึกให้กลุ่มทดลองรู้จักการเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง (c) กิจกรรมเสริมสร้างสมรรถนะของตนเอง (d) เพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการให้กลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดในคู่มือสุขภาพ โดยผู้วิจัยรวบรวมเพื่อประเมินและสะท้อนความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมดังกล่าวทุกสัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นโปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป

อนุชา นิลอยู่ ( 2542) ศึกษาเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนอายุ 40 - 59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั้งเพศชายและหญิง อายุ 40 - 59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมรวม 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การวัดระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น

บุญยวีร์ ประเสริฐไทย (2550) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายความหนักปานกลางที่บ้านต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เภทศัคค์เข้าคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานีนอนามัย โดยระดับความดันซิสโตลิก 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 80-89 มิลลิเมตรปรอท หลังการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ระดับความดันซิสโตลิก 115-134 มิลลิเมตรปรอท หรือระดับความดันไดแอสโตลิก 75-84 มิลลิเมตรปรอท ที่มีอายุระหว่าง 30-50 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองเลือกวิธีออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือปั่นจักรยาน ระดับความหนักปานกลาง มีเป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดร้อยละ 60-70 ครั้งละ 30 นาที ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มออกกำลังกายมีระดับความดันซิสโตลิกลดลงในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ( $t = 3.56, 7.00, 7.19, p < 0.001$  ตามลำดับ) เช่นเดียวกับระดับความดันไดแอสโตลิก ( $t = 4.12, 5.22, 6.84, p < 0.001$  ตามลำดับ) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีการออกกำลังกายตามปกติมีระดับความดันโลหิตไม่ลดลง ( $p > 0.005$ ) กลุ่มออกกำลังกายมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มออกกำลังกายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 3 และ 4

อรนุช พงษ์สมบุญ (2552) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ 35-59 ปี แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน ระยะเวลาศึกษารวม 10 สัปดาห์ โดยให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด

โรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.016$ ) ยกเว้นพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ที่พบว่า ไม่มีความแตกต่าง ส่วนเส้นรอบเอวในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยค่าเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.016$ ) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเอง รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงเส้นรอบเอวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายในระยะเวลาสั้นๆ จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

เพ็ญศรี สุพิมล (2552) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อายุ 35-59 ปี อำเภอสองดาว จังหวัด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีระดับความดันโลหิตระหว่าง 120/80-139-89 มม.ปรอท ทำการศึกษา 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น กลุ่มทดลอง 43 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 44 คน ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรมบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติ จัดป้ายประชาสัมพันธ์ แจกวีซีดี วิดีทัศน์ คู่มือการป้องกันโรค การส่งข่าวสาร การสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกาย และประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวโดยผู้นำชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว การรับรู้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ

ซาฟาริสซี และคณะ (Saptharishi et al., 2009) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงานตอนต้นโดยไม่ใช้ยา: โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่มและอีก 3 กลุ่ม สำหรับการให้โปรแกรมได้แก่ กลุ่มออกกำลังกาย,กลุ่มลดการบริโภคเกลือและกลุ่มโยคะ ใช้ระยะเวลาศึกษา 2

เดือน โดยกลุ่มออกกำลังกาย (กลุ่ม 2) ให้ออกกำลังกายโดยให้เดินเร็ว 50-60 นาที/วัน 4 วัน/สัปดาห์ มีการให้กำลังใจและติดตามตรวจสอบเป็นช่วงๆ กลุ่มลดการบริโภคเกลือ (กลุ่ม 3) ให้ลดการบริโภคเกลือในแต่ละวันอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของปริมาณเดิม โดยข้อมูลการบริโภคได้จากการศึกษาก่อนหน้านี้ ผู้เข้าร่วมได้รับการฝึกฝนในการลดการบริโภคเกลือ มีการถามถึงการแยกเกลือและอาหารปรุงสุกจากสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามวิธีการ โดยให้ผู้เข้าร่วมบันทึกรายละเอียดการบริโภคเกลือ เพื่อให้คำแนะนำและสุ่มปริมาณเกลือที่บริโภคเพื่อใช้ทำข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วม กลุ่มโยคะ (กลุ่ม 4) ได้รับการสอนโยคะอาสนะ โดยครูจากสถาบันที่มีคุณภาพ 30-45 นาที/วัน อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ ซึ่งรวมถึงเทคนิคการผ่อนคลายแบบปราณายามะ (ฝึกหายใจ); Asana แบบ Savasana ardha matsyandrasana, naadishudhi asana, single leg และ double raise ผลการศึกษา พบว่า ทั้งสามกลุ่มที่ให้โปรแกรมมีการลดลงของ BP อย่างมีนัยสำคัญดังนี้ SBP/DBP: 5.3/6.0 ในกลุ่ม 2 2.6/3.7 ในกลุ่ม 3 และ 2.0/2.6 ในกลุ่ม 4 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ BP กลุ่มออกกำลังกายมีประสิทธิภาพสูงที่สุดในขณะที่การลดการบริโภคเกลือและโยคะมีประสิทธิภาพพๆ กัน

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ รวมถึงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาหรือสถานะในการทำงาน พบว่า การจัดการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในผู้ที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือในระยะแรกเมื่อได้รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง จะดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามแผนการรักษา ระยะที่ 2 เมื่อรับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง รักษาหายได้ จะดูแลตนเองโดยการใช้วิธีบำบัด ทางเลือก ระยะที่ 3 เมื่อรับรู้ว่าเป็นชีวิตเสี่ยงต่ออันตราย จะดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด และระยะที่ 4 เมื่อรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว จะดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตัวอย่างยืดหยุ่น จากระดับพื้นฐานสู่ระดับที่สูงขึ้น ตามการเรียนรู้จากประสบการณ์ความเจ็บป่วย และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจะยึดประสบการณ์ของตนเป็นหลัก ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมในส่วนนี้ไปปรับใช้ในการให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ในกิจกรรมการประเมินความเสี่ยง การทำคู่มือให้กับกลุ่มทดลอง สำหรับการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลอง พบเป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงรวม 8 เรื่อง ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 4 สัปดาห์ - 4 เดือน ทฤษฎีที่ใช้ ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ทฤษฎีความสามารถแห่งตน และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมที่จัดตั้งแต่ 4-10 ครั้ง รูปแบบการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มีการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การ

ตั้งเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้กระบวนการกลุ่ม (สุชนัญญา วงษ์เพ็ง, 2541; อนุชานิลาอยู่, 2542, ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2543; อรณูช พงษ์สมบุรณ์, 2552; เพ็ญศรี สุพิมล, 2552; บุญชู เหลิมทอง, 2553) และการมีส่วนร่วม (อนุชานิลาอยู่, 2542, อรณูช พงษ์สมบุรณ์, 2552; เพ็ญศรี สุพิมล, 2552) สำหรับรูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ควรคำนึงถึงความคิด ความเชื่อของผู้ป่วย วัฒนธรรม บริบทของชุมชน และสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุมชน และผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการจัดบริการ (ปราณี ทองพิลา, 2541; วรลักษณ์ คงหนู, 2541; วันเพ็ญ จาริยะศิลป์, 2543; อัญชลี ศรีสวัสดิ์, 2543; ปัญญา จิตต์พูลกุล, 2550) ในการศึกษาที่ผ่านมากิจกรรมส่วนใหญ่ยังเน้นที่ตัวบุคคล มากกว่าชุมชนซึ่งทำให้ชุมชนรู้สึกว่าคุณเองไม่มีส่วนร่วม จึงไม่ตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ขึ้นกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว แต่ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนรวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมถึงทีมสุขภาพ

## ส่วนที่ 2 บทบาท ภารกิจของศูนย์บริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

จัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค ทั้งภายในและภายนอกศูนย์บริการสาธารณสุข ดังนี้

1. กำหนดพื้นที่เป้าหมาย
2. ชักประวัติ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
3. การคัดกรองความเสี่ยงโดยการ
  - ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินดัชนีมวลกาย
  - วัดรอบเอว - สะโพก
  - วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ชีพจร และอุณหภูมิร่างกาย
  - ประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมิน ST-5 และ 2Q, 9Q, 8Q ตามลำดับ
  - เจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อหาระดับน้ำตาล
  - ตรวจร่างกาย
4. สรุปผลการตรวจสุขภาพให้ผู้รับบริการทราบ พร้อมให้คำแนะนำ

5. ส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือรับการรักษากรณีตรวจพบโรคหรือความผิดปกติ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ขาดการรักษาต่อเนื่องกรณีมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
  6. จัดกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามนโยบายหรืองบประมาณที่ได้รับจากกอง หรือหน่วยงานต่างๆ เช่น โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด กิจกรรมชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ผลักดันให้เกิดตามนโยบายของสำนักอนามัย
  7. การให้สุศึกษา หรือคำแนะนำเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และผ่านเสียงตามสายโดยเจ้าหน้าที่ รวมถึงการจัดนิทรรศการ แจกใบปลิวความรู้ แผ่นพับต่างๆ
  8. การให้คำปรึกษาเฉพาะโรคเป็นรายบุคคล
  9. การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self help group) โดยเจ้าหน้าที่เป็นแกนนำหลัก
  10. การเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีเป้าหมายในการเยี่ยม 208/10,000 ประชากร ตามเกณฑ์กำหนดของสปสข.ที่ทำร่วมกับสำนักอนามัย
  11. การเยี่ยมบ้านหรือดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ของศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อให้คำแนะนำต่างๆ โดยกำหนดให้ออสส. 1 คนดูแลประชาชน 30 ครอบครัว
- ซึ่งพบว่าเป็นการทำงานตามนโยบาย จากบนสู่ล่าง (Top to down) เน้นการเรียกประชุมและสั่งการ เพื่อความรวดเร็ว ทำให้การทำงานขาดความต่อเนื่องครบวงจร การทำงานเป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่เจ้าหน้าที่กำหนดให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดโครงการ กิจกรรมต่างๆ จึงหยุดลงไม่ได้ดำเนินการต่อ เมื่อไม่มีเจ้าหน้าที่ ชุมชน และประชาชนไม่รู้สึกรู้ถึงการมีส่วนร่วมและกลับไปปฏิบัติตัวแบบเดิม

### ส่วนที่ 3 ทฤษฎี แนวคิด และกระบวนการที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาประยุกต์ใช้เพื่อเชื่อมโยงกระบวนการ การมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นกรอบในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

**กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Building Blocks of the ICC Framework)** องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002; รัชนี สรเสริญ, และคณะ, 2551) ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรัง โดยกำหนดว่า การดูแลภาวะเรื้อรังนั้นจะมีการปฏิสัมพันธ์กัน (interaction) ภายในโครงสร้างซึ่งมีจุดรวมกันเป็นศูนย์กลาง (concentric structures) และประกอบด้วยระบบล้อมรอบ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็ก (Micro Level) ระดับกลาง (Meso Level) และระดับใหญ่ (Macro Level) ซึ่งสะท้อนถึงกรอบแนวคิด และระดับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทีมสุขภาพ ชุมชน และระดับนโยบาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 1. ระดับเล็ก (Micro-Level: Building Blocks at the Patient Interaction Level)

จุดศูนย์กลางของการดูแลคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมถึงทีมสุขภาพ ในระดับนี้มองว่า ความสำเร็จที่เป็นผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังจะเกิดขึ้นได้นั้น ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว และหุ้นส่วนในชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรวมทั้งทีมสุขภาพ ต้องได้รับการเตรียมดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง ครอบครัว ควรได้รับการเตรียม (Prepared, informed, and motivated patients and families) ดังนี้

1.1 ได้รับการเตรียมในด้านข้อมูลข่าวสาร (Informed) เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการที่จะเกิดขึ้น การรักษา วิธีป้องกัน และการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน

1.2 ได้รับการเตรียมในด้าน การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลจัดการตนเองในภาวะเรื้อรัง

1.3 การเตรียมความพร้อม (Prepared) เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ทักษะทางพฤติกรรมในการจัดการตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ในด้านการจัดการกับอาการต่างๆ การติดตามประเมินอาการตนเอง เป็นต้น

2. ชุมชนควรได้รับการเตรียม (Prepared, informed, and motivated community partners) ในเรื่องทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ขอบเขตงาน ส่งผลให้ชุมชนลดความต้องการบริการในการติดตามต่อเนื่อง และบริการระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นรูปแบบปกติในองค์กรด้านสุขภาพ

3. ทีมสุขภาพ ต้องได้รับการเตรียม (Prepared, informed, and motivated health care teams) ในเรื่อง บทบาท และความรับผิดชอบตามขอบเขตของวิชาชีพ รวมถึงการทำงานเป็นทีม และนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นต้น

ระดับเล็กจะได้รับการสนับสนุน และรับอิทธิพลจากระดับกลางซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยบริการด้านสุขภาพและชุมชน

## 2. ระดับกลาง (Meso-Level: Building Blocks for the Health Care Organization)

แบ่งเป็น หน่วยบริการด้านสุขภาพ และชุมชน

### หน่วยบริการด้านสุขภาพ มีแนวทางการดูแล ดังนี้

หน่วยบริการด้านสุขภาพสามารถสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อม ที่จะเป็นแรงผลักดันให้เกิด การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังให้ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือ ในทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ในเรื่องการติดตามเยี่ยม แผนการดูแลเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากภาวะเรื้อรังอย่างฉับไว

2. สนับสนุนให้มีการบริการที่มีคุณภาพ โดยการใช้ภาวะผู้นำ การให้แรงเสริมหรือ รางวัลสำหรับหน่วยบริการที่มีกระบวนการทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ สามารถส่งผลต่อการบริหารจัดการ และการป้องกันปัญหาโรคเรื้อรัง

3. บริหารจัดการและสนับสนุนสิ่งต่างๆที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพ เช่น วัสดุ อุปกรณ์ และความรู้ ทักษะพิเศษ เช่น ทักษะการสื่อสาร การเสริมความเชี่ยวชาญเพื่อให้ ผู้ป่วยมีเทคนิคการจัดการตนเอง การดึงพลังของผู้ป่วยในการช่วยตนเองให้ควบคุมภาวะต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากภาวะเรื้อรังของโรค

4. สนับสนุนให้มีกลวิธีในการจัดการตนเอง (self-management) ที่มีประสิทธิภาพจะ ช่วยป้องกันอาการ ภาวะแทรกซ้อน และความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวจากภาวะ เรื้อรังได้ โดยผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลต้องการข้อมูลและวิธีการจัดการตนเอง

5. จัดให้มีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้ป่วย การบริการ และผลลัพธ์การดูแล เพื่อ เป็นช่องทางในการเสริมสร้างประสิทธิภาพการดูแล

### ชุมชน

เป็นแหล่งสำคัญต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน การให้ข้อมูล และการเตรียมแหล่งชุมชนจะเป็นการลดช่องว่างในการดูแลที่เกิดจากหน่วย บริการสุขภาพ โดยมีแนวทางการดูแล ดังนี้

1. สร้างความตระหนัก ความตื่นตัว และลดตราบาปให้แก่ชุมชนโดยผู้ที่เกี่ยวข้องคือ ผู้นำชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน หรือกลุ่มผู้สนับสนุนอื่นๆ ในชุมชน
2. ส่งเสริมให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้ร่วมกันหาแนวทาง ที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยการช่วยค้นหาวิธีที่ดีที่สุดในการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วม เพราะสมาชิกเหล่านี้ เป็นผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย รู้จักและเข้าใจบริบทดี
3. สนับสนุนงบประมาณและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น การรณรงค์ ส่งเสริม ป้องกัน การประเมินความเสี่ยง การอบรม จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือช่วยในการดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. จัดบริการเสริม เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐบาล เอกชน และเครือข่ายในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข

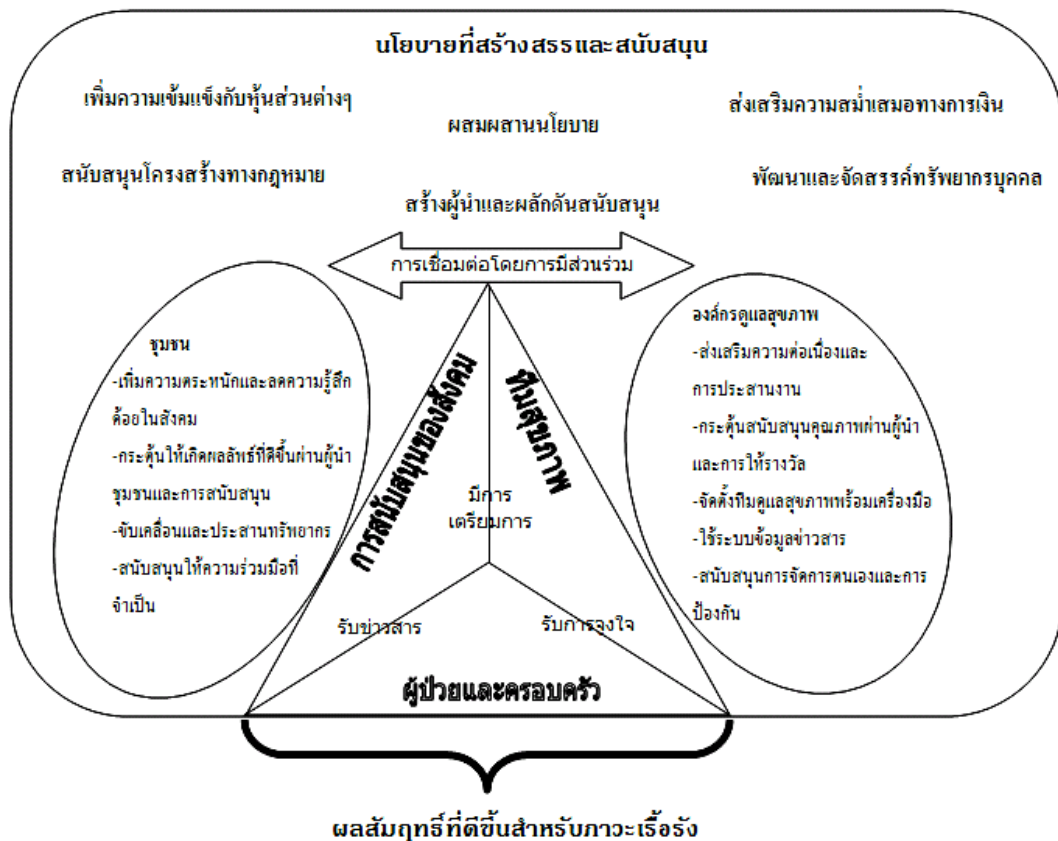
### 3. ระดับใหญ่ (Macro-Level: Building Blocks for a Positive Policy Environment)

เป็นการกำหนดนโยบายที่เน้นการชี้แนะ กระตุ้นให้ตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรมีนโยบายแบบบูรณาการ ทั้งการป้องกัน ส่งเสริม และควบคุมภาวะเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงกับโครงการอื่นๆ และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น ควรสนับสนุนนโยบายและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งหลักสูตร การศึกษาต่อเนื่องที่จะเพิ่มความลึกและเื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง ตลอดจนสร้างพันธมิตรเครือข่ายแบบหุ้นส่วนให้เข้มแข็งเพื่อช่วยกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

โดยมีหลักปฏิบัติการตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง คือ

1. การตัดสินใจภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based decision making) ในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการบริการ การดูแล และการจัดการทางคลินิก ต้องอยู่บนข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับภาวะเรื้อรัง รวมถึงมีการรวบรวมทักษะการดูแลสุขภาพ และความรู้ด้านการจัดการทางคลินิกในการดูแล และผลลัพธ์ของผู้ป่วย
2. มุ่งเน้นประชาชน (Population Focus) หรือกลุ่มเป้าหมายในการดูแล โดยการจัดลำดับความสำคัญ เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังของประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ในด้านการจัดการทรัพยากร การปรับปรุงคุณภาพการดูแล แยกบริการตามประเภทผู้ป่วยซึ่งจะมีประสิทธิภาพมากกว่า และลดค่ารักษาพยาบาล ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและความรู้ความเข้าใจที่ดีของประชาชน

3. มุ่งเน้นการป้องกัน (Prevention Focus) เพราะโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ ทุกระดับของหน่วยงานบริการสุขภาพ ชุมชน รัฐบาล จึงควรมีการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ โดยจะต้องมุ่งเน้นการป้องกันไปด้วย
4. มุ่งเน้นคุณภาพ (Quality Focus) การบริการทุกอย่างจะต้องมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยควรกำหนดการประกันคุณภาพไว้ในระดับนโยบาย
5. การบูรณาการ (Integration) โดยการบูรณาการทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล ทุกระดับและเชื่อมโยงระหว่าง บุคลากรด้านสุขภาพ ญาติผู้ดูแล และอาสาสมัคร
6. ความยืดหยุ่น และการปรับตัว (Flexibility/Adaptability) ระบบบริการสุขภาพควรมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง สิ่งที่ไม่คาดการณ์ไม่ถึง และข้อมูลใหม่ การเปลี่ยนแปลงในอัตราการเกิดโรค และภาวะที่เกิดขึ้น การติดตามเฝ้าระวังเป็นประจำเป็นการสะท้อนถึงความพร้อมในการปรับตัว ดังแผนภาพ



แผนภาพที่ 2.1 แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Conditions: ICC) (ราชันี สรรเสริญ, 2551; WHO, 2002)

สอดคล้องกับกฎบัตรออตตาวา โดยขยายความ การสร้างเสริมสุขภาพ ว่าหมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะ ให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมหรือกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของตนเองในด้านสุขภาพ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพดี (WHO, 1986) โดยกำหนดกฎบัตรออตตาวา ไว้ 5 ข้อดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)
2. สร้างสิ่งแวดลอม ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment for health)
3. สร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน (Strengthen community action)
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคลโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (Develop personal skill)
5. ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพโดยบุคลากรมีส่วนร่วม (Reorient health services)

กระบวนการมีส่วนร่วมสามารถสร้างขึ้นได้หลายวิธี ตัวอย่าง เช่น เทคนิค A-I-C โดยมีหลักการ ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A)

เป็นขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนแสดงข้อคิดเห็นรับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของหมู่บ้านในปัจจุบัน (A1)

1.2 การกำหนดอนาคตของชุมชนว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2)

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence หรือ I)

คือขั้นตอนการหาวิธีการที่จะทำให้เกิดการพัฒนาชุมชนตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ในช่วง (A2) และเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลเพื่อจัดลำดับตามความเห็นของกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

2.1 การคิดโครงการที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์

2.2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมหรือโครงการ แบ่งเป็น

กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเอง กิจกรรมหรือโครงการที่ชาวบ้านทำเองบางส่วนและขอความช่วยเหลือจากภายนอก และกิจกรรมหรือโครงการที่สามารถขอการอุดหนุนจากภาครัฐ โดยผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข หรือเขต

3. ขั้นการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C)

คือการนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินงานซึ่งจะรับผิดชอบต่อโครงการหรือกิจกรรมขั้นตอนนี้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงได้แก่ (1) การแบ่งกลุ่มรับผิดชอบ (2) การตกลงในรายละเอียดในการดำเนินงาน

ในทุกขั้นตอนในทางปฏิบัติเนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ แต่สิ่งที่ละเลยไม่ได้คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจในกระบวนการทำงานจึงนับเป็นการมีส่วนร่วมที่แท้จริง โดยพบว่าการวางแผนแบบมีส่วนร่วมได้ผลดีในการสร้างความสัมพันธ์และร่วมคิดแนวทางในการดำเนินงาน (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2543; ชนินทร์ เจริญกุล, 2553)

ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้การมีส่วนร่วมจะมีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมครอบคลุมทั้ง 5 ประเด็น โดยใช้เทคนิค A-I-C ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อการระดมความคิด กระบวนการกลุ่ม การอภิปรายกลุ่ม

### ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ทำให้ชุมชน สามารถแยกแยะความต้องการ และพัฒนาความสนใจร่วมกัน นำไปสู่การร่วมดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย การส่งเสริมการมีส่วนร่วมจึงเป็นการพัฒนาวิธีการสื่อสารระหว่างฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกระบวนการคิด และตัดสินใจอนาคต จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นยุทธศาสตร์ที่ได้จากการสรุปบทเรียนการทำงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและใช้กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน 2 ด้านคือ

1. การจัดการกระบวนการเรียนรู้ (learning process) ให้ชุมชน สามารถทำได้หลายวิธีดังต่อไปนี้

- การจัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของชุมชน เพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันในประเด็นต่างๆ

- การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ ภายในชุมชน และระหว่างชุมชน

- การจัดทัศนศึกษา คูงาน และการเชิญผู้มีประสบการณ์มาให้ข้อคิดเห็น และแลกเปลี่ยนแนวคิด และประสบการณ์

- การจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะด้านต่างๆ การลงมือปฏิบัติจริง

- การถอดประสบการณ์ สรุปบทเรียนเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. การพัฒนาผู้นำและเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความรู้ หรือความสามารถที่มีอยู่ จะช่วยให้ผู้นำสามารถริเริ่มกิจกรรมการแก้ไขปัญหาหรือกิจกรรมการพัฒนาได้ โดยการ

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำภายในชุมชนทำให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างและชัดเจนขึ้น
- สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของเครือข่ายจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการ และการจัดองค์กรร่วมกัน

ดังนั้นกล่าวได้ว่า ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเริ่มต้นจากการพัฒนาระดับปัจเจก เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และตัดสินใจแก้ไขปัญหา จนเกิดการรวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนของตน และเชื่อมโยงกลุ่มต่างๆเป็นเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่น

**เทคนิคการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วม (WHO, 2002; World Bank, 2006 : 34-39**  
อ้างในนาตญา พแดนนอก, 2551)

จะต้องใช้เทคนิควิธีการ ข้อมูลข่าวสารและสื่อต่างๆ ซึ่งแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้

#### 1. เทคนิคทางจิตวิทยา

- การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยการกระตุ้นและให้การศึกษาแบบไม่เป็นการ เช่น การจับกลุ่มพูดคุย การถกเถียงปัญหา เป็นต้น
- การสร้างแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนรวมกลุ่มกันทำงาน
- การสร้างความภูมิใจให้กับสมาชิก โดยผู้นำต้องให้ความสนใจต่อสมาชิกในกลุ่มอย่างเท่าเทียมกัน

2. เทคนิคการประชาสัมพันธ์ข้อมูล โดยใช้อาสาสมัครและผู้วิจัยเป็นสื่อในการติดต่อสื่อสารกันโดยตรง เช่น การประชุม การพบปะ การติดต่อผ่านผู้นำ หรือการใช้สื่อมวลชน เช่น เสียงตามสาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยข้อมูลที่นำเสนอต้องถูกต้องและชัดเจน

#### 3. เทคนิคด้านการบริหาร

- โดยการศึกษาชุมชน อาสาสมัคร ก่อนการเริ่มกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม
- โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ติดตาม สนับสนุนให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้มีส่วนร่วม
- จัดโครงสร้างองค์กรโดยปราศจากการครอบงำจากภายนอก
- พัฒนาผู้นำในท้องถิ่นด้วยการฝึกอบรม

- จัดโครงข่ายข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ
- สนับสนุนทรัพยากร เช่น เงิน วิชาการ วัสดุ และเทคโนโลยี
- การวางตัวเป็นกลางและเสียสละของผู้นำ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ปวีณา บุญเกิด (2553) ศึกษาเรื่อง ผลของการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนของภาคีสุขภาพต่อผลลัพธ์การควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาโดยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองรับโปรแกรมการกำกับตนเอง 6 ด้าน (คือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาลดระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายโดยเฉพาะเท้า) ร่วมกับการสนับสนุนของภาคีสุขภาพ 3 แหล่ง (คือสมาชิกในครอบครัว เพื่อนำชุมชน และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน) รวม 5 ด้าน (คือด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์การยอมรับนับถือ การเป็นส่วนหนึ่งในสังคมและด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองและบริการ) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA<sub>1c</sub>) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

รัชณี สรรเสริญ และคณะ (2551) ศึกษาเรื่อง ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งได้บูรณาการแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการประเมินผลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยในการนำแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังมาใช้คณะผู้วิจัยได้มุ่งที่จะถอดบทเรียนใน 2 ระบบย่อย คือระบบเล็กและระบบกลาง ผลการศึกษา ได้บทสรุปที่เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยบริการ ดังนี้

1. เจ็อนไขแห่งความสำเร็จ 6 ข้อ ได้แก่ 1.1 เจ็อนไขโครงสร้างระบบ และกลไกการบริหารจัดการ
- 1.2 เจ็อนไขการออกแบบกิจกรรม
- 1.3 เจ็อนไขการเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลของภาคีหุ้นส่วน
- 1.4 เจ็อนไขการจัดระบบสารสนเทศ
- 1.5 เจ็อนไขการจัดการความรู้
- 1.6 เจ็อนไขการประเมินคุณภาพบริการ
2. เจ็อนไขที่พึงระวัง 9 ข้อ ในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการของโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการระดับปฐมภูมิ
3. บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับองค์กรระดับท้องถิ่น ในด้านความตระหนักและการกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลคนพิการ มีความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนต่อการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การเชื่อมต่อและประสาน

ความร่วมมือเครือข่ายการดูแลที่ชัดเจน การผลักดันให้งานด้านคนพิการเป็นหนึ่งในวาระสำคัญระดับอำเภอ และการสนับสนุนชุมชนให้จัดการหรือป้องกันภาวะเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และ

4. บทสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับองค์กรระดับประเทศ ในด้านการปรับกรอบการมองและบทบาทของสังคม (เกี่ยวกับสิทธิ การเลือกปฏิบัติ การให้โอกาสแก่คนพิการ) สามกลุ่มหุ้นส่วน (คนพิการและครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพเชิงรุก) สามวิธีที่ต้องดำเนินการ (การเตรียมการให้ข้อมูล และการสร้างพลัง/กระตุ้น/จูงใจ) นโยบายการเงิน การพัฒนาและกระจายทรัพยากรหุ้นส่วนที่เข้มแข็ง

เบซา และคณะ (Baeza et al., 2009) ศึกษามุมมองของผู้สร้างนโยบาย (ผู้ให้ข้อมูล) ต่อการดูแลภาวะเรื้อรังสำหรับชาวพื้นเมืองออสเตรเลีย โดยวิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์อย่างเจาะจงกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้เสียซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐและเครือจักรภพรัฐ 21 คนและบันทึกเทปเพื่อนำมาวิเคราะห์ ผลการศึกษา ประสบความสำเร็จในเชิงกลยุทธ์การพัฒนาแห่งชาติ แห่งประเทศ การจัดกองทุน การรายงานการเตรียมการ แต่ก็ยังคงต้องทำงานกันต่อไปเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือร่วมงานกันต่อไป โดยรายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายระดับชาติที่จะจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนห่างไกลและชุมชนชาวพื้นเมืองในออสเตรเลียเพื่อนำไปสู่ นโยบายระดับชาติฉบับใหม่สำหรับปัญหาสาธารณสุขของชาวพื้นเมือง

เดวี และเบอร์ริดจ์ (Davey & Burridge, 2009) เรื่องการใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อควบคุมการถูกทิ้งของโรคเขตร้อน: ความสัมพันธ์ของการรักษาและป้องกัน The Mossy Foot (เป็นโรคเท้าช้างเฉพาะถิ่นไม่เกี่ยวกับพยาธิ, หรือที่เรียกว่าเท้าปกคลุมไปด้วยหญาโมส ซึ่งเกิดจากการใช้เท้าเปล่าเดินในดินที่อุดมไปด้วยชิลิเกตเป็นเวลานาน) ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังอย่างเต็มรูปแบบในการประเมินองค์กรเอกชนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการรักษาและป้องกันโรคเท้าช้าง (The Mossy Foot Treatment and Prevention Association: MFTPA) ในเขต Wolaita, ภาคใต้ของเอธิโอเปีย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กรอบการทำงานตามตารางตามระดับและส่วนประกอบของกรอบ ICCC และปรับให้เข้ากับบุคคลหรือกลุ่ม สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ โครงการและหัวหน้างานสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วยและตัวแทนชุมชนต่อต้านเท้าช้าง (CPAs) และเพิ่มเติมโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกและเอกสารทางกฎหมาย ข้อเสนอ กรอบ ICCC ตรวจสอบองค์กรเอกชนในกลุ่มที่มีทรัพยากรน้อย ผ่านองค์ประกอบระดับ micro-, meso-, and macro ช่วยให้สามารถระบุพื้นที่การดำเนินงานที่ตีภายใต้ความไม่พร้อม แม้จะมีชุมชนและกลุ่มผู้ป่วยที่ยากจนมากโดย MFTPA ที่ทำงานเข้มแข็งในระดับไมโคร เพราะส่วนใหญ่ของการปฏิบัติของ MFTPA สนับสนุนให้หุ้นส่วนสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและทีมปฏิบัติการและชุมชน สำหรับ CPAs กลายเป็นช่องทางของข้อมูลและรูปแบบของแรงจูงใจแก่ชุมชน ในฐานะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา, และเป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแล

สุขภาพ โดยได้จัดเตรียมวัสดุขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการป้องกันและการรักษาในอนาคต โดย CPAs จะได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงมากขึ้นและมีระบบที่ดีขึ้น ด้าน MFTPA สามารถสนับสนุนกลุ่มชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพในการควบคุมและลดความอับอายให้กับโรคเท้าช้าง แต่ผลที่แท้จริงในการระดมทรัพยากรและการลดความอับอายยังไม่เห็นชัดเจน สำหรับการประสานงานกับด้านสุขภาพกับภาครัฐยังเป็นจุดอ่อน เพราะ MFTPA เป็นองค์กรเดียวที่ให้การรักษาและการควบคุมโรคเท้าช้าง โดยก่อนหน้านี้รัฐบาลพยายามที่จะฝึกอบรมพนักงานสุขภาพในการจัดการโรคเท้าช้างอย่างเข้มแข็ง แม้กระนั้น MFTPA ยังเป็นองค์กรระดับรากหญ้าที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อสิบปีมาแล้วแต่ก็ยังไม่ค่อยได้ผลน้อยในระดับ macro ภายในประเทศเอธิโอเปีย หรือบนเวทีระหว่างประเทศ การประเมินผลกลยุทธ์ในปัจจุบันของส่วนประกอบ ICCC ระดับ macro แสดงให้เห็นว่าเป้าหมายที่สำคัญส่วนใหญ่สำหรับอนาคตอันใกล้เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ ที่มีประสิทธิภาพของเครือข่ายชุมชนในการระดมผู้สนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจะมีผลต่อผู้กำหนดนโยบายระดับสูงและเพื่อส่งเสริมให้แหล่งที่มาของเงินทุนที่ยั่งยืนจากภายในเอธิโอเปีย ด้วยองค์ประกอบเฉพาะเหล่านี้ MFTPA จะสามารถการควบคุมโรคเท้าช้างในเอธิโอเปีย

เอฟพิง และคณะ (Epping-Jordan et al., 2004) ประเทศเอธิโอเปียซึ่งประเทศที่ยากจนที่สุดในโลกประเทศหนึ่งได้นำแนวคิด ICCC ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในระบบเล็ก (Micro System) โดยมีการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ และส่งเสริมให้ชุมชนมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีเพื่อนและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชน คอยดูแลเรื่องการกินยา การสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชน และเมื่อติดตามผลในผู้ป่วย 60 คน ซึ่งเป็นชาวไร่ชาวนาพบว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี และผลข้างเคียงจากการกินยามีน้อยมาก สำหรับระบบกลาง (Meso Level) ในประเทศแซมเบีย ทีมหน่วยเคลื่อนที่ของพยาบาลชุมชน จัดให้มีการดูแลที่บ้านในผู้ป่วยโรควัณโรค ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ โดยพยาบาลเหล่านี้ได้สนับสนุนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อไปส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลต่อไป และระบบใหญ่ (Macro Level) มีสองประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการบูรณาการด้านนโยบายสำหรับภาวะโรคเรื้อรังคือ ประเทศอินเดียและฟิลิปปินส์ โดยในประเทศอินเดียรัฐบาลได้บูรณาการโปรแกรมโรคไม่ติดต่อ โดยจัดบริการสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค สร้างมาตรฐานแนวทางการรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ และสนับสนุนการวิจัย ส่วนในประเทศฟิลิปปินส์ได้มีการบูรณาการการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน มีการก่อตั้งหน่วยประสานงานระบบสุขภาพ ซึ่งรวมไปถึงแพทย์ นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในชุมชนและอาสาสมัคร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง มาประยุกต์ใช้โดยมีการนำมาใช้ในระบอบใด ระบบหนึ่ง และบางส่วนมีการนำมาใช้เพื่อประเมินกิจกรรมที่เกิดขึ้น และพบว่า แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ทำให้มองเห็นความเชื่อมโยงของกระบวนการ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว และชุมชนในการเข้าไปมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และองค์กรสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อ สนับสนุนให้กระบวนการดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้จะมุ่งเน้นใน ระบบย่อยเพียงส่วนเดียว คือ ระบบเล็ก (Micro system) ซึ่งเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน และหุ้นส่วนในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล รวมถึงทีมสุขภาพซึ่งหมายถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งแต่ละส่วนมีบทบาทและการตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว ภาควิชาทั้ง 3 ส่วน จึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยการเตรียมการ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการสร้างแรงจูงใจ โดยในส่วนขององค์กรสุขภาพในพื้นที่ คือ ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ มีบทบาทในการส่งเสริมความต่อเนื่อง และการประสานงานในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การสนับสนุนกระตุ้นในด้านคุณภาพ และการให้รางวัลเป็นการสร้างแรงเสริม การจัดตั้งทีมดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือ รวมทั้งการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วนในด้านชุมชนซึ่งหมายถึง ประชาชนชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จะมีบทบาทในการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีการกระตุ้นสนับสนุนทั้งในด้านการประสานงานและทรัพยากร รวมทั้งการร่วมมือในการให้บริการดูแลแก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน ส่งผลให้เกิดแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง จากการมีส่วนร่วมตามบริบทของชุมชน จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของภาวะโรคความดันโลหิตสูงในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว และชุมชนเกิดความตระหนักในบทบาท และการเพิ่มคุณภาพในการป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของระบบบริการสุขภาพ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

เสาวนีย์ สีสองสม (2541) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนใน โครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกิวพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญของหมู่บ้าน โดยการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ การ

สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การจดบันทึกภาคสนาม การศึกษาจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ระยะเวลาตั้งแต่วิเคราะห์บริบทชุมชนจนถึงสิ้นสุดการวิจัย รวม 7 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านกิ้วพร้าว นั้น ไม่พบการมีส่วนร่วมในระดับของการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผลกิจกรรม แต่พบการมีส่วนร่วมในระดับของการร่วมรับผลประโยชน์จากกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งถือได้ว่าลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการนี้นั้น เป็นเพียงการให้ความร่วมมือของประชาชน และประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัจจัยที่ทำให้ประชาชนเข้าร่วมในโครงการนี้พบว่า มาจากลักษณะโครงสร้างทางสังคมและจิตวิทยาสังคมของชุมชน ที่สำคัญได้แก่ ความเชื่อถือศรัทธาในผู้นำชุมชน โดยเฉพาะประธานอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

บังอร เจริญผล (2542) ศึกษาเรื่องการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย จำนวน 89 คน โดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.9 ส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ 92.9 และเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วย ร้อยละ 88.1 ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นอสม. และการได้รับการอบรมความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง มีผลต่อการค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ด้านการส่งต่อผู้ป่วยพบว่า อาชีพ สถานภาพสมรส การช่วยเหลือสังคมส่วนรวมก่อนมาเป็นอสม. ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อสงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า สถานภาพสมรส มีผลต่อการเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาชี้ให้เห็นว่า การค้นหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยอสม. ยังไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย ถึงแม้ว่า อสม. จะรับรู้บทบาท ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรหาวิธีการเผยแพร่ให้ประชาชนมีความรู้ และเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีกับอสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สุรณี พรหมแสง (2548) ศึกษาเรื่องการรณรงค์เพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อศึกษาสาเหตุของประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาผลของการรณรงค์แบบมีส่วนร่วมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ไปรับการตรวจคัดกรอง กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนที่ยังไม่ตรวจคัดกรองโรค 2 หมู่บ้าน คือ หมู่บ้านทานตะวัน 39 คน และบ้านวังน้ำขาวหมู่ 8 จำนวน 59 คน เป็นหมู่บ้านในเขตและนอกเขตเทศบาลตามลำดับ กิจกรรมประกอบด้วย การทำเวทีประชาคม และการรณรงค์แบบมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ และวิธีการรณรงค์แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุที่ประชาชนไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโรค มาจากความไม่รู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความสนใจในการดูแลสุขภาพในบางเรื่อง การมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรค และทีมสุขภาพในระดับปานกลาง สำหรับผลของการรณรงค์ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไปรับการตรวจคัดกรองโรคนอกเขตเทศบาลร้อยละ 97.96 ในเขตเทศบาลร้อยละ 100 มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น รวมถึงมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรค และทีมสุขภาพดีขึ้น

สุวรรณี ลิ้มปีศาจ (2548) ศึกษาเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต โดยใช้กระบวนการ AIC ร่วมค้นหาและแก้ไขปัญหา นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการประชุมเป็นอย่างดี มีการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานตามแผน และติดตามประเมินผล ซึ่งนับเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชน ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

นิรชา ปานทอง (2549) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่ที่ 2 ตำบลถนนใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมจากอาสาสมัครสาธารณสุข 13 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา 7 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาปัจจุบัน และความต้องการพัฒนา ระยะที่ 2 แสวงหาแนวทาง วิถีพัฒนาและกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการพัฒนา ระยะที่ 3 พัฒนาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุข เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสังเกต การสนทนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า 1. อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ระดับต่ำในเรื่องกลุ่มเสี่ยงและโรคความดันโลหิตสูง มีการเฝ้าระวังโรคโดยการสำรวจผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไปไม่ครบทุกคน ไม่มีการจัดทำทะเบียนผู้มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีอาสาสมัครสาธารณสุข 2 คนที่สามารถวัดความดันโลหิตได้ โดยมีปัญหาที่สำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้เรื่องกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง การ

ดำเนินการเฝ้าระวังโรคและเทคนิคการวัดความดันโลหิต 2. แนวทางการพัฒนา ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติและการเรียนรู้ต่อเนื่อง มีดัชนีวัดความสำเร็จในการพัฒนา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาจนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการปฏิบัติ มีการดำเนินการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องเหมาะสม 3. ผลการพัฒนา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ได้เข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติจนมีความรู้เรื่องกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และการเฝ้าระวังโรคเพิ่มมากขึ้น (มากกว่าร้อยละ 80 ทุกคน) สามารถดำเนินการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงโดยจัดกลุ่มเรียนรู้ต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจกลุ่มเสี่ยงครบทุกบ้าน ทำให้ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิต ร้อยละ 79.14

สุภาภรณ์ นิยมสรวนุ (2551) ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง ของชุมชนตำบลบางโหนด อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยในบุคลากรสาธารณสุขมีการพัฒนาแบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของประชาชน ในแกนนำชุมชนจำนวน 35 คน จัดเวทีชุมชนวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังโรค เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค และติดตามประเมินผล รวมทั้งในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปจำนวน 446 คน ใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า หลังปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคคิดวก่อนการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ยกเว้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลังปฏิบัติการ ก่อนปฏิบัติการไม่แตกต่างกัน

จิตติมา อินทร์เนตร (2553) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขกึ่งเขตเมือง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทั้งหลังการทดลองและระยะติดตามผล ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนว่าการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลต่อการเรียนรู้ สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และนำไปสู่ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ของอาสาสมัครสาธารณสุข

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในด้านอื่นๆ แต่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงยังมีน้อยมาก โดยการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมเพียงบางส่วน ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้จะมุ่งเน้นการประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพในชุมชนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน โดยมีผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยี และอื่นๆ โดยกระบวนการเริ่มจากการ ค้นหาปัญหาและสาเหตุ ด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนขบคิดปัญหาจากแง่มุมผลประโยชน์ของตนเองและผู้อื่นเป็นการกระตุ้นให้ประชาชน เกิดความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหา จากนั้นเข้าสู่การวางแผนดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาโดยผ่านกระบวนการสนทนาสร้างทางเลือกให้กับชุมชนเป็นการสร้างแนวกว้างเพื่อให้เห็นเป้าหมายของผู้เข้าร่วม นำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมที่เป็นไปได้มาปฏิบัติ และการดำเนินการแก้ไขปัญหา อย่างมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่กันและกัน และการประเมินติดตามผลต่อกิจกรรมที่ดำเนินการ โดยร่วมตัดสินใจกิจกรรมใดมีประโยชน์และมีคุณค่าต่อชุมชนอย่างแท้จริง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคจะบังเกิดผลมากที่สุดเมื่อ บุคคลและชุมชนประเมินได้ว่าตนเองหรือชุมชนมีภาวะคุกคาม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจอยากกระทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

### แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick - role Behavior) (สุรินทร กลัมพากร, 2545)

พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Glans, Lewis & Rimer, 1997: อ้างในศิริพร สมบูรณ์, 2552: 46)

1. ระยะเริ่มแรก แนวคิดของเลวิน โรเซนสต็อกและเบคเคอร์ (Rosenstock & Becker, อ้างในอ้างในศิริพร สมบูรณ์, 2552: 46) ยุคค.ศ. 1966-1968 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เริ่มมี

การพัฒนาอย่างจริงจังในปีค.ศ. 1968 โดย โรเซนสตีลและเบคเคอร์ อาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของเลวิน (Lewin's Motivation Theory) เพื่อทำนายความร่วมมือในการป้องกันโรค และพฤติกรรม การป้องกันโรค ปัจจัยที่ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ ของการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพมี 3 ด้าน คือ แรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้บุคคลจะปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง การเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า

- 1.1 คนเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 1.2 โรคที่เกิดมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิต
- 1.3 การปฏิบัติตนด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดความเสี่ยงต่อ

การเกิดโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกในการปฏิบัติ ความยากลำบาก และอุปสรรค

**2. ระยะที่สอง** แนวคิดจากการประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจเลือกกระทำ โดยมีนักวิจัย หลายท่านได้ร่วมเสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจเลือกกระทำ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีปัจจัย 2 ตัวแปร คือ

- 2.1 ค่านิยมของบุคคลที่มีต่อเป้าหมายการปฏิบัติ
- 2.2 การคาดคะเนของบุคคลถึงผลของการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

**3. ระยะที่สาม** แนวคิดของคาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb, อ้างถึงในศิริพร สมบูรณ์, 2552: 47) โดยประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยรวมเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดย แบ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

- 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคลที่มีสุขภาพดี เพื่อ ป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกที่ไม่มีอาการ
- 3.2 พฤติกรรมการเจ็บป่วย เป็นการกระทำของบุคคลเมื่อมีการเจ็บป่วย
- 3.3 พฤติกรรมของผู้ป่วย การกระทำของบุคคลเพื่อให้อาการดีขึ้น

**4. ระยะที่สี่** แนวคิดของBecker แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ เบคเคอร์ (Becker, 1974) ได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในการให้ความ ร่วมมือในการรักษาพยาบาล และพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลโดยเพิ่มปัจจัยร่วม มีการ อธิบายถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ ได้แก่

- 4.1 แรงจูงใจ
- 4.2 การรับรู้ถึงคุณค่าของการลดความเจ็บป่วย
  - การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
  - การรับรู้ความรุนแรงของโรค

4.3 การให้ความร่วมมือเพื่อลดความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา

ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เจตคติของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ และเจ้าหน้าที่สุขภาพ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของเบคเคอร์ มีผู้นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อย่างแพร่หลาย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ ดังนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ความสิ้นเปลือง และอุปสรรคต่างๆ
- 4) แรงจูงใจ
- 5) ปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ได้แก่

- สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
- ตัวแปรด้านสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สมาชิกในครอบครัว

และเพื่อนสนิท

- ตัวแปรด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ ระยะเวลาในการรักษา และความรุนแรงของโรค

5. ระยะที่ห้า แนวคิดของโรเซนสตีลค ยุค ค.ศ 1974 โรเซนสตีลคเชื่อว่า คนที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคมีความเชื่อ ดังนี้

5.1 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเห็นว่าโรคมิผลที่น่ากลัว

5.2 โรคมิมีความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ในระดับน้อย ปานกลาง หรือมากก็ได้ เช่น ดายหรือพิการ

5.3 การปฏิบัติตนที่ดีเพื่อป้องกันโรค จะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด

6. ระยะที่หก แนวคิดของเบคเคอร์ และไมแมน ยุค ค.ศ 1980 เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วมด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่

6.1 แรงจูงใจ

6.2 ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

### 6.3 ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น ฐานะทางสังคม บุคลิกภาพ

### 6.4 ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ข่าวสารที่ได้รับ เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว

ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย และสามารถสรุปเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วย หมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ การศึกษาวิจัยจำนวนมาก รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่ม

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การใช้เวลาในการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเอง โดยอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามากน้อยเพียงใด เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Benefits and Barriers to taking action) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และมีความเชื่อต่อโรคนั้นมีความรุนแรงหรือเกิดผลเสียต่อตน รวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย ความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และภาวะแทรกซ้อน บุคคลจะประเมินค่าใช้จ่ายสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่และหามาได้ รวมถึงประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ แม้จะพยายามหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษา แต่การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิบัติในสิ่งใด จะเป็นผลมาจากความเชื่อว่ามีวิธีการนั้นๆ ก่อให้เกิดประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ในขณะที่เดียวกันบุคคลต้องเชื่อว่าค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and concern about health matters) ความปรารถนาที่จะรักษาสุขภาพ และหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจาก

การกระตุ้นความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปสามารถวัดได้จากความต้องการหรือความตั้งใจที่จะปฏิบัติ

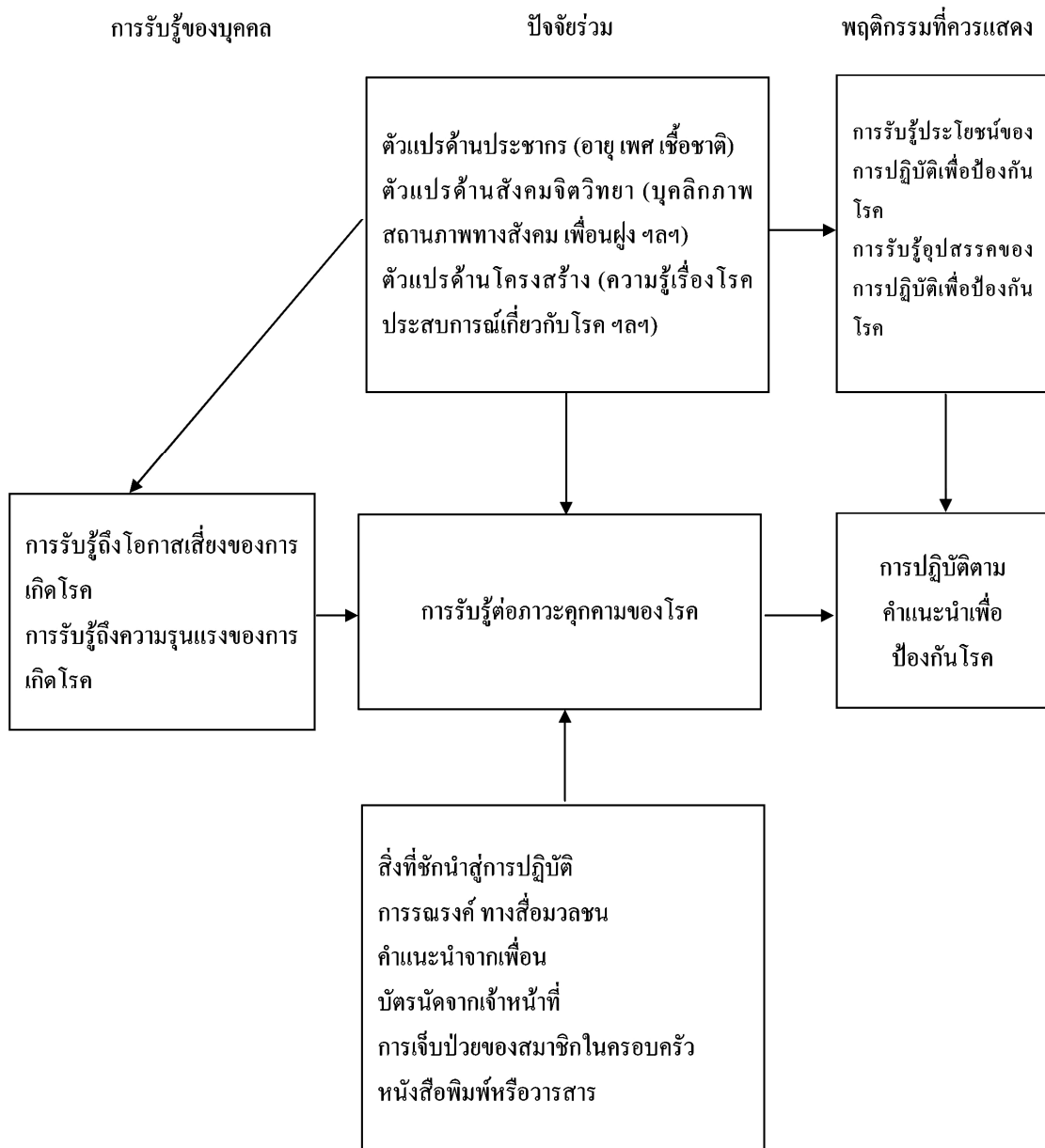
5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) นับเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ได้แก่

5.1 ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ

5.2 ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ

5.3 ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

5.4 ตัวแปรด้านสนับสนุนหรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (trigger) นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัด หรือไปรษณียบัตร เดือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หรือสิ่งกระตุ้น เกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อย ต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูง จะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น



แผนภาพที่ 2.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Becker, et al, 1974, อ้างในสุรินทร กลัมพากร, 2545)

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิรพงษ์ จริยธนกุล (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม(Cluster Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน เป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสัมภาษณ์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยเริ่มจากการประเมินประสิทธิผลเดิมของกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผ่านสื่อประกอบ จัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงอุปสรรคของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดย ใช้การซักถามเพื่อประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา การยกตัวอย่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติกัน เช่น การดื่มกาแฟ การรับประทานปลาร้า ประุงรสด้วยเกลือ ไอโอดีน การรับประทานอาหารไขมันสูง ผู้วิจัยชวนพูดคุยถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและผู้วิจัยสรุปในแต่ละหัวข้อ มีการมอบเอกสาร และคู่มือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และติดตามประเมินผลการปฏิบัติในสัปดาห์ต่อมา เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วัลลยา ทองน้อย (2554) ซึ่งศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม ผ่านการชมวิดีโอที่สนับประอบการบรรยาย รูปภาพ โปสเตอร์ ร่วมกับการแบ่งกลุ่มอภิปรายเรื่องเล่าจากครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยให้ข้อมูล

เรื่องการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิดโรค จากนั้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมารวมกลุ่มเพื่อพูดคุยถึงอุปสรรคในการออกกำลังกายคืออายุมาก ทำให้กลัวเกิดอันตราย โดยผู้วิจัยได้จัดให้มีการออกกำลังกายร่วมกัน และมีผู้สูงอายุวัย 78 ปี นำออกกำลังกายอย่างกระฉับกระเฉง ทำให้กลุ่มทดลองทำตาม และสามารถทำได้ ร่วมกับการแนะนำทำออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้จากผู้วิจัย และมีภาพในคู่มือ การพูดคุยกันในประเด็นของการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีการประเมินปัญหาอุปสรรคในการพบปะครั้งต่อไป ทำให้กลุ่มทดลองแม้จะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็ได้รับแนวทางในการแก้ไขอุปสรรค มีการสนับสนุน ปรึกษาประคอง และให้กำลังใจซึ่งกันและกันทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้จากผู้วิจัยผ่านสื่อ และคู่มือ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.05$

ศศิธรณ์ นนทะ โมลี (2548) ศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านทุกครอบครัวจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น หลังการเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านทำให้ครอบครัวได้รับทราบข้อมูลถูกต้อง มีโอกาสเสนอความต้องการ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระ โดยครอบครัว และผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวตนเองทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เกิดความตระหนักในความสำคัญของการปรับเปลี่ยนสุขภาพ และมีการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ศุขัญญา วงษ์เพ็ง (2541) ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม และวิธีการทางสุขศึกษามาใช้ซึ่งประกอบด้วย การจัดอบรม การอภิปราย

การใช้ตัวแบบทางบวกและทางลบ การกระตุ้นเตือนโดยใช้กลุ่มเพื่อนและ อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน และการแสดงตัวอย่างของจริง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคความดัน โลหิตสูง ซึ่งนำแนวคิดทฤษฎีทางสุขศึกษามาประยุกต์ กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันการโรคความดัน โลหิตสูงดีขึ้น จึงควร นำไปใช้ในการจัด ดำเนินการเพื่อลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิต สูงในผู้สูงอายุในชุมชนอื่นต่อไป

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาพบว่า เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 เรื่อง และผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 3 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในรูปแบบกึ่งทดลอง ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 4-8 สัปดาห์ รูปแบบการจัดกิจกรรมมีการให้ความรู้ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การใช้ตัวแบบ การตั้งเป้าหมาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการใช้กระบวนการ กลุ่ม (สุชัยญา วงษ์เพ็ญ, 2541; กฤษณาพร ทิพย์กาจนเรขา, 2549; จิรพงษ์ จริยชนกุล, 2554) และมี กิจกรรมการเยี่ยมบ้านทุกครอบครัวร่วมทำให้ความรู้ โดยยึดหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ศศิธรณ์ นนทะโมลี, 2548)

จากงานวิจัยที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และ อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแล ตนเองในด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมา ประยุกต์ใช้เพื่อเป็นกรอบในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1. ระยะเตรียมการ โดยเตรียมทีมสุขภาพ เตรียมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว แกนนำชุมชนในการมีส่วนร่วม กำหนดแนวทางสร้างเสริมสุขภาพ
2. ระยะการทดลอง โดยทำกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 2.1 เสริมสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.2 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัดสินใจเลือกเอง
  - 2.3 การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง

### ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค)
2. การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ ตนเอง ครอบครัว แกนนำ ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด
4. ดัชนีมวลกาย
5. รอบเอว
6. ระดับความดันโลหิต

แผนภาพที่ 2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3

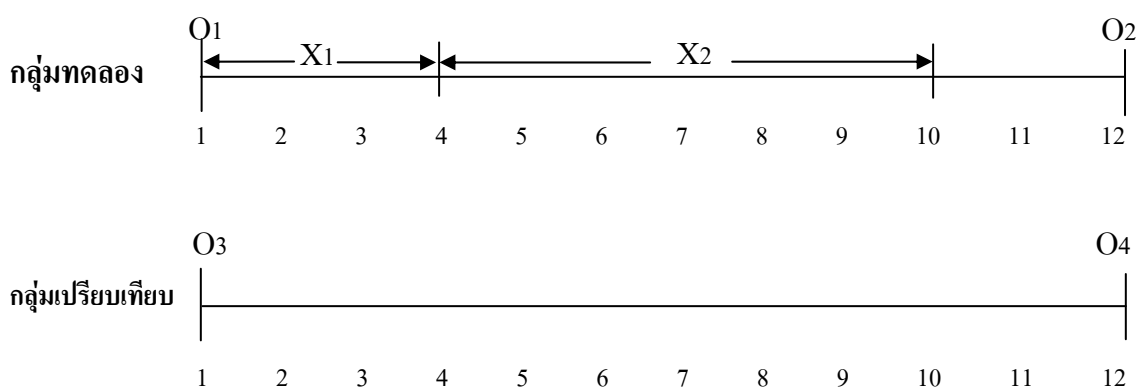
#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ ICCC ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2555 - มกราคม 2556 ระยะเวลารวม 12 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

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

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย และแผนภูมิกระบวนการ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ Pretest-Posttest Two Group Design (แผนภาพที่ 3.1)



แผนภาพที่ 3.1 แสดงรูปแบบการวิจัยและแบบแผนกระบวนการ

**o1, o3** หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดระดับความดันโลหิต ร่วมกับการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต

**o2, o4** หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 12 ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดระดับความดันโลหิต ร่วมกับการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ การตรวจวัดความดันโลหิต

**X1** หมายถึง การจัดกิจกรรมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มทดลอง โดยใช้กิจกรรมซึ่งได้จากการระดมสมองจาก ชุมชน ได้แก่ กลุ่มแกนนำ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้วิจัย รวม 4 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรม ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัดสินใจเลือกเอง

**X2** หมายถึง กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบที่กลุ่มเลือกโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มเลือกการออกกำลังกายด้วยวิธีเดินเร็ว ร่วมกับการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย ในสัปดาห์ที่ 4-10 โดย

- ครอบครัว มีบทบาทในการ ช่วยเหลือ สนับสนุน ชื่นชม ให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงร่วมปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิธีเดินเร็ว
- ประธานชุมชน กรรมการชุมชน มีบทบาทในการจัดสรร หาพื้นที่ในการทำกิจกรรมร่วมกันของกลุ่ม รวมถึงการช่วยหางบประมาณสนับสนุนในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน และร่วมติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ
- อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทในการ ช่วยวัดความดันโลหิต คัดกรองภาวะสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายเพื่อให้ข้อมูล ให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง กระตุ้น

เดือนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงร่วมปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิธีเดินเร็ว และร่วมติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัย มีบทบาทในการเป็นที่เลี้ยงให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัวยุคใหม่ ประชานชุมชน กรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการเตรียมความพร้อม รวมถึงร่วมปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิธีเดินเร็ว และร่วมติดตามเยี่ยมให้กำลังใจที่บ้าน และที่ชุมชน

### 3.2 พื้นที่วิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยได้คัดเลือกพื้นที่เพื่อเข้าร่วมกระบวนการ โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือก ชุมชนเข็นอากาศ 2 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ซึ่งพิจารณาแล้วว่ามีความพร้อมในการเข้าร่วมกระบวนการจาก

1. แกนนำชุมชนสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. เป็นชุมชนในเขตพื้นที่แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีโครงสร้างประชากร ลักษณะอาชีพ และวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน และชุมชนมีลักษณะพื้นที่อยู่กันเป็นกลุ่มก้อน
3. แกนนำและประชาชนในชุมชนมีการรวมกลุ่มกันเพื่อดำเนินกิจกรรมในด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัย

หลังจากนั้นทำการคัดเลือกชุมชนเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบโดย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกชุมชนเพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษา ดังนี้

1. เป็นชุมชนในเขตพื้นที่แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ที่มีโครงสร้างประชากร ลักษณะอาชีพ และวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกันกับชุมชนเข็นอากาศ

2. เป็นชุมชนที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

จากการสำรวจรายชื่อชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วม มีทั้งสิ้น 4 ชุมชน ดังนี้

1. ชุมชนวัดช่องลม
2. ชุมชนคลองขวาง
3. ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา
4. ชุมชนร่วมพัฒนาวัดช่องนนทรี

เริ่มการคัดเลือกพื้นที่เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ โดยนำรายชื่อชุมชนทั้งหมด 4 ชุมชน มาทำลากลากรายชื่อ และทำการจับฉลาก โดยกำหนดว่าฉลากที่จับได้จะเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ในการ สุ่มครั้งนี้ ได้ชุมชนร่วมพัฒนาวัดช่องนนทรีเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังจากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์เข้าในการวิจัย โดยผู้วิจัยคัดเลือกจาก ประวัติการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ ในปี พ.ศ. 2552 เป็นชุมชนเย็นอากาศ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการ จำนวน 30 คนและชุมชนร่วม พัฒนาวัดช่องนนทรีซึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน และทำหนังสือเพื่อแสดงการยินยอมเข้า ร่วมการวิจัย

### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มี อายุ 35-59 ปี เพศชายและเพศหญิง

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี โดยการกำหนดตัวอย่าง สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน เนื่องจากการกำหนดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน สามารถอนุมานได้ว่าขนาดตัวอย่างมีการกระจายเข้าสู่ศูนย์กลาง ตามแนวคิด Central limit theorem (Daniel, 1995) ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550, Chobanian et al., 2003; Victor et al., 2008)

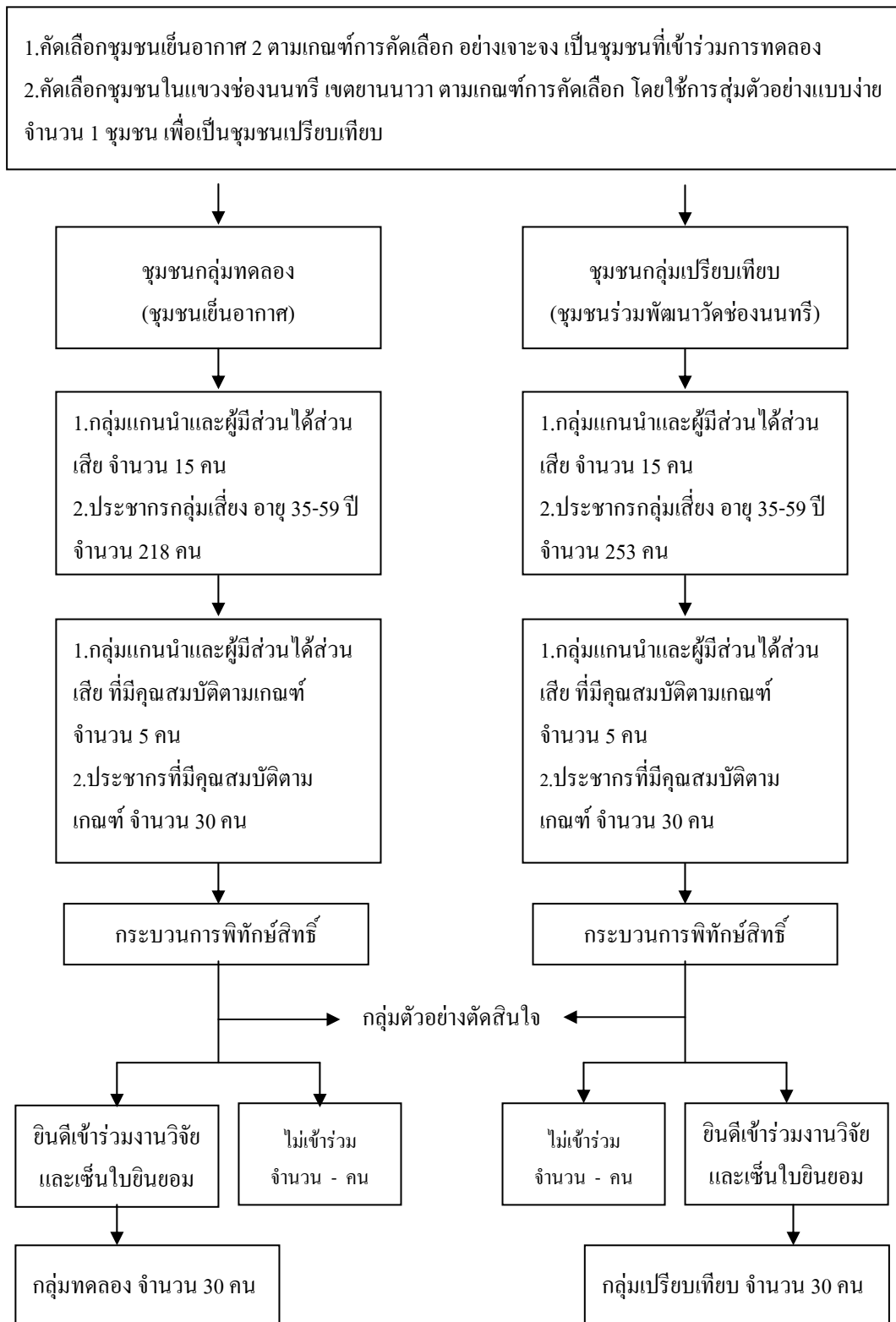
1. ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับ ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg
3. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน
4. ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟัง การมองเห็น อ่านออกเขียนได้ และมีสติสัมปชัญญะ เป็นปกติ
5. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ไม่สมัครใจหรือปฏิเสธเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัย
2. มีโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน หลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการย้ายสถานที่ทำงานหรือที่อยู่อาศัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. เข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย โดยพิจารณาจากการเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-4 ไม่ครบ 4 สัปดาห์ และการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังภายในสัปดาห์ที่ 4-10 น้อยกว่า 3 วัน ต่อ สัปดาห์
2. มีความต้องการที่จะออกจากงานวิจัย



แผนภาพที่ 3.2 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว และข้อมูลกิจกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและให้เติมข้อความ มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ

1.2 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยง 5 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 1-5 การรับรู้ความรุนแรง 5 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 6-10 การรับรู้ประโยชน์ 5 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 11-15 และการรับรู้อุปสรรค 5 ข้อ คือ ข้อคำถามข้อที่ 16-20 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ในการประเมินค่าการรับรู้มี 4 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิดเห็นของตนเพียง 1 คำตอบ โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความด้านบวก (Positive Statement) และข้อความด้านลบ (Negative Statement)

#### เกณฑ์การให้คะแนน

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

การแปลผลระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูงรายข้อ และโดยรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับมาก

1.3 แบบประเมินการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น การการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง 3 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 1 - 3 การการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว 5 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 4 - 8 การการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน 5 ข้อ คือ คำถาม ข้อที่ 9 - 13 และการการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 14 - 16 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ในการประเมินค่าการรับรู้การมีส่วนร่วมเป็น 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิดเห็นของตนเพียง 1 คำตอบ โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความด้านบวก (Positive Statement)

เกณฑ์การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน

การแปลผลระดับการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายข้อ และโดยรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับมาก

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น ด้านการควบคุมอาหาร 5 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 1-5 ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 6-7 และการจัดการความเครียด 5 ข้อ คือ คำถาม ข้อที่ 8-12 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ในการประเมินความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิดเห็นของตนเพียง 1 คำตอบ โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ

## เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความด้านบวก		ข้อความด้านลบ	
5-7 วันต่อสัปดาห์	= 5 คะแนน	5-7 วันต่อสัปดาห์	= 1 คะแนน
3-4 วันต่อสัปดาห์	= 4 คะแนน	3-4 วันต่อสัปดาห์	= 2 คะแนน
1-2 วันต่อสัปดาห์	= 3 คะแนน	1-2 วันต่อสัปดาห์	= 3 คะแนน
น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	= 2 คะแนน	น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์	= 4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	= 1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติ	= 5 คะแนน

และประเมินความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความคิดเห็นของตนเพียง 1 คำตอบ โดยข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นข้อความด้านบวก

## เกณฑ์การให้คะแนน

เป็นประจำ	= 4 คะแนน	เป็นบ่อย	= 3 คะแนน
เป็นครั้งคราว	= 2 คะแนน	ไม่เคยเลย	= 1 คะแนน

การแปลผลระดับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายรายข้อ และโดยรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.30 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.31 – 3.60 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.61 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายในระดับมาก

การแปลผลระดับการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การจัดการความเครียดรายข้อ และโดยรวม ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้าน การจัดการความเครียดในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้าน การจัดการความเครียดในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง มีการรับรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมด้าน การจัดการความเครียดในระดับมาก

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรม 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 4-10 เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย รวม 2 ครั้ง

2.2 เอกสารประกอบด้วย คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงพร้อมแบบบันทึกสุขภาพ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมหูฟัง สายวัดรอบเอว ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวัดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ โดยผู้วิจัยได้ใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ

## 3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

1.2 เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมหูฟัง

1.4 สายวัดรอบเอว

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมอบรมให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง และ

กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่ม ตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก ซึ่งทำในชุมชนในสัปดาห์ที่ 4-10 ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย รวม 2 ครั้ง

## 2.2 คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงพร้อมแบบบันทึกสุขภาพ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ประชาชนอายุ 35-59 ปีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ไปตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎีโดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ของแบบประเมินทั้ง 3 ชุด ซึ่งได้ค่า CVI = 0.90, 0.97 และ 0.90

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้มีความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมทางด้านภาษาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำแบบสัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยง ไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ในชุมชนวัดช่องลม แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวนละ 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง = .8051

การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง = .7835

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = .8102

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = .8171

การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = .8151

การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = .8711

การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = .8299

การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = .8177

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง = .8017

### 3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

#### 1. ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และการปฏิบัติ โดย ศึกษาเนื้อหาวิชาการ เอกสาร แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย ข้อมูลพื้นฐานและสำรวจพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อระบุสภาพทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ ร่วมกับการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และเทคนิคการสนทนากลุ่ม

1.2 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอหนังสือรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

1.3 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย

1.4 ติดต่อกับแกนนำชุมชน ได้แก่ ประธานชุมชน กรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงบทบาทการสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง เตรียมสถานที่ในการจัดกิจกรรม

1.5 จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานอนามัยชุมชนที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ จำนวน 2 คน เพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการดำเนินการวิจัยโดยอธิบายรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย และกระบวนการดำเนินการวิจัยเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

1.7 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและเตรียมการ โดย

1.7.1 เก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี จากประวัติการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ ในปีพ.ศ. 2552 และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

1.7.2 รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ก่อนเริ่มโครงการ เพื่อประเมินกิจกรรมตามกรอบแนวคิดนวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรัง ผ่านการสนทนากลุ่ม

1.7.3 ประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อเลือกแนวทางการจัดการสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยยึดตามคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

1.7.4 เก็บรวบรวมข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของชุมชนในด้าน ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ผ่านการสนทนากลุ่ม

1.7.5 จัดกิจกรรม A-I-C รวม 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานชมชน กรรมการชมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว เพื่อเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ปัญหาและข้อจำกัด ทำความเข้าใจ ร่วมเสนอปัญหา ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยร่วมคิดกำหนดแนวทางหรือกิจกรรม ร่วมตัดสินใจ คัดเลือกโครงการหรือกิจกรรม เพื่อนำไปปฏิบัติ ในการดำเนินการแก้ปัญหาเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในฐานะภาคีสุขภาพและมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลรวมถึงร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้นๆด้วย โดยเริ่มจากผู้วิจัยให้แบ่งกลุ่มเพื่อร่วมสร้างภาพฝันด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอภาพฝัน เพื่อถอดเป็น แผนที่ทางความคิดโดยเจ้าหน้าที่เชื่อมโยงภาพฝันของแต่ละกลุ่มเข้าด้วยกันหลังจากนั้นจึงนำเสนอให้กลุ่มรับทราบ และแก้ไขเพื่อให้เข้าใจตรงกัน รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน หลังจากนั้นให้กลุ่มร่วมสร้างคำขวัญ โดยให้กลุ่มดึงองค์ประกอบหลักๆจากภาพที่ต้องการเป็นคำคล้องจองสั้นๆ สะท้อนระบบชุมชนที่พึงปรารถนาในด้านป้องกันโรคความดันโลหิตสูงออกมา โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่คอยกระตุ้นให้กลุ่มได้ร่วมวิพากษ์วิจารณ์ จากนั้นให้กลุ่มช่วยกันนำวิสัยทัศน์ที่ได้ แยกองค์ประกอบเพื่อสร้างหรือกำหนดตัวชี้วัดให้สามารถวัดได้ โดยพยายามสื่อให้กลุ่มสามารถเข้าใจได้ง่ายๆ และเพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบสถานการณ์ที่เป็นจริงของชุมชนกับภาพฝันในขั้นตอนนี้ให้ประธานชมชนเล่าประวัติความเป็นมา และโครงสร้างของชุมชน ให้อาสาสมัครพูดถึงสถานะสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาของชุมชน จากนั้นศูนย์บริการสาธารณสุขให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุ สถานการณ์และผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และนำเสนอปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน เปิดโอกาสให้กลุ่มนำเสนอปัญหาเพิ่มเติมหรือแก้ไขความเข้าใจให้ตรงกัน จากนั้นให้กลุ่มเลือกแนวทางและร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการของชุมชนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ MUPH 2011-144 และขอความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัย รวมถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมกระบวนการ และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่นำเสนอในชื่อของกลุ่มตัวอย่าง
2. ให้อายุกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยความสมัครใจ 1 สัปดาห์
3. กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจถอนตัวจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง
4. แบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งทันทีหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

## 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยการดำเนินงาน เริ่มจากในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยให้กลุ่มเสี่ยง ตอบแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และพยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จากนั้นเป็นการจัดกิจกรรม รวม 10 สัปดาห์ โดย

**สัปดาห์ที่ 1 เสริมสร้างการรับรู้ข่าวสาร ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกิจกรรม การให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วย และการอภิปรายกลุ่ม** ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

1. กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย และกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองด้วยกันเอง รวมถึงการเสริมสร้างพลัง ใช้เวลา 20 นาที
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ใช้เวลา 5 นาที
3. กิจกรรม “เสี่ยงหรือไม่” โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมิน และแปลผล เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 25 นาที
4. กิจกรรม “สถานการณ์” โดยผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ขนาด และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองผ่านรูปภาพ ข้อความ และการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์ จากนั้นให้กลุ่มทดลองร่วมอภิปรายถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ รวมถึงความรู้สึกรูปร่างภาพ และข้อความที่เห็น และผู้วิจัยสรุปในช่วงสุดท้าย โดยชี้ให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกบุหรี่ เพื่อให้กลุ่มทดลองรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 40 นาที

5. กิจกรรม “สุขภาพที่คาดหวัง” โดยให้กลุ่มทดลองเขียนภาวะสุขภาพที่ตนคาดหวังให้เกิดขึ้นกับตน พร้อมแนวทางในการมีภาวะสุขภาพตามที่คาดหวัง จากนั้นให้กลุ่มทดลองร่วมอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางในการมีภาวะสุขภาพตามที่คาดหวัง ใช้เวลา 20 นาที

6. แจกคู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงพร้อมแบบบันทึกสุขภาพแก่กลุ่มทดลองคนละ 1 เล่ม เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน แนวทางการป้องกันแบบประเมินความเสี่ยง การแบ่งระดับความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอวรวมถึงการแปลผลและแบบบันทึกสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้นำไปศึกษาต่อที่บ้านและให้นำมาในทุกสัปดาห์ ใช้เวลา 10 นาที

7. ผู้วิจัยนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 2 สร้างแรงจูงใจและสร้างการมีส่วนร่วม** ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกิจกรรม การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี การเลือก การจัดสัดส่วนอาหาร การสาธิตและการฝึกทักษะการประเมินและการวัด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว (ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง)

1. ผู้วิจัยนำกลุ่มเข้าสู่กิจกรรมด้วยการทบทวนความรู้ ซักถามกลุ่มทดลองถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อการมีภาวะสุขภาพตามที่คาดหวังของกลุ่มทดลองที่ผ่านมา 1 สัปดาห์ และเสริมสร้างพลังด้วยการให้กำลังใจ จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมใช้เวลา 5 นาที

2. กิจกรรม “สูงวัย ปลอดภัย” เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี โดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบในการดูแลตนเองและมีสุขภาพแข็งแรง เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์พฤติกรรมสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก ข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบ พร้อมแนวทางการแก้ไข และเปิดโอกาส ให้กลุ่มทดลองถามเพิ่มเติม และการให้กำลังใจจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำได้เช่นกัน ใช้เวลา 15 นาที

3. เข้าสู่ กิจกรรม “อาหารจานโปรด” โดยให้กลุ่มทดลองเขียนรายการอาหารที่ชอบและรับประทานบ่อยโดยแบ่งเป็น อาหารคาว หวาน และผลไม้อย่างน้อยคนละ 3 อย่าง เพื่อประเมินพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ใช้เวลา 10 นาที

4. กิจกรรม “หนักหนาหรือไม่ว่าง” โดยให้กลุ่มทดลองจับคู่กันเพื่อชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และแปลความหมายของตัวเลข เพื่อประเมินภาวะน้ำหนัก และรอบเอวจากคู่มือการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงที่แจกให้และบันทึกลงในคู่มือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างฝึกประเมินและควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง ใช้เวลา 20 นาที

5. กิจกรรม “เกมส้ออาหาร” โดยให้กลุ่มทดลองจัดประเภทอาหาร ได้แก่ เค็ม มัน หวาน และอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มทดลองปฏิบัติ ใช้เวลา 20 นาที

7. กิจกรรม “สัดส่วนอาหาร” โดยผู้วิจัยนำเสนอ เทคนิคการเลือกรับประทานอาหาร ด้านความดันโลหิตสูง (DASH Diet) และวิธีการประมาณสัดส่วนอาหารที่เหมาะสมให้กลุ่มทดลอง และให้กลุ่มตัวอย่างได้ลองจัดมื้ออาหารที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนัก จากนั้นให้ร่วมอภิปรายกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมอาหาร ใช้เวลา 40 นาที

8. ผู้วิจัยทบทวนแนวทางในการควบคุมอาหาร และควบคุมน้ำหนัก และสอนสาธิต การบันทึกพฤติกรรมด้านอาหารในแบบบันทึกสุขภาพให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปบันทึกเองที่บ้านและนำกลับมาในการร่วมกิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลา 10 นาที

7. ผู้วิจัยนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 3 สร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม** ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกิจกรรม การประเมินอาการและการตรวจวัด ความดันโลหิต การออกกำลังกาย (ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง)

1. ผู้ช่วยวิจัยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิตให้กลุ่มตัวอย่าง และบันทึกผลในแบบบันทึกสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที

2. ผู้วิจัยนำกลุ่มเข้าสู่กิจกรรมด้วยการทบทวนความรู้ ชักถามกลุ่มทดลองถึงการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีภาวะสุขภาพตามที่คาดหวังของกลุ่มทดลองที่ผ่านมา 1 สัปดาห์ และเสริมสร้างพลังด้วยการให้กำลังใจ ใช้เวลา 5 นาที

3. กิจกรรม “ใครทำได้ ยกมือขึ้น” ให้กลุ่มเลือกหรือเสนอตัวอย่างที่มีความสามารถในการควบคุมน้ำหนัก ควบคุมอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ออกมาถ่ายทอดให้กลุ่มฟัง ในประเด็น วิธีการ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการแก้ไข และเสริมสร้างพลังด้วยการให้กำลังใจกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที

4. ผู้วิจัยสาธิตและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวัดความดันโลหิตและการแปลผล ใช้เวลา 15 นาที

5. ให้กลุ่มร่วมเสนอวิธีการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายถึง จุดดี จุดด้อยของการออกกำลังกายแต่ละวิธี จากนั้นให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายเพื่อใช้ร่วมกันในกลุ่ม ใช้เวลา 20 นาที

6. ให้กลุ่มร่วมออกกำลังกายตามชนิดที่กลุ่มเลือก ใช้เวลา 40 ชั่วโมง

7. ผู้วิจัยนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

**สัปดาห์ที่ 4 สร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม** ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกิจกรรมการจัดการความเครียด และ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ (ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง)

1) ผู้วิจัยนำกลุ่มเข้าสู่กิจกรรมด้วยการทบทวนความรู้ ชักถามกลุ่มทดลองถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีภาวะสุขภาพตามที่คาดหวังของกลุ่มทดลองที่ผ่านมา 1 สัปดาห์ และเสริมสร้างพลังด้วยการให้กำลังใจ ใช้เวลา 10 นาที

2) จากนั้นเข้าสู่กิจกรรม “เรื่องของบุญชู” โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองอ่านเหตุการณ์สมมติ เรื่องของบุญชู ซึ่งเป็นคนที่เมื่อมีความเครียด และมีวิธีจัดการความเครียดด้วยการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นให้ร่วมอภิปราย ในประเด็น ใช้เวลา 20 นาที

- ผลของความเครียดและความดันโลหิตสูง แนวทางการจัดการความเครียด

- ผลของการสูบบุหรี่และความดันโลหิตสูง แนวทางการเลิกสูบบุหรี่

- ผลของการดื่มแอลกอฮอล์ และความดันโลหิตสูง แนวทางการเลิกดื่มแอลกอฮอล์

จากนั้นผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมเพื่อเน้นย้ำให้ครอบคลุมทั้ง 3 ประเด็น

3) กิจกรรม “จินตนาการ” ผู้วิจัยถามกลุ่มทดลองถึงสถานที่ธรรมชาติที่มีความประทับใจและให้กลุ่มทดลองฝึกการผ่อนคลายความเครียด โดยการใช้จินตนาการ เพื่อดึงความสนใจออกจาก สถานการณ์อันเคร่งเครียด โดยให้กลุ่มทดลองหลับตา และตั้งใจฟังและทำตามสิ่งที่ได้ยินจากผู้วิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองบอกความรู้สึก ใช้เวลา 20 นาที

4) กิจกรรม “ผ่อนคลาย” ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยทำตามสิ่งที่ได้ยินจากผู้วิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองบอกความรู้สึก ใช้เวลา 20 นาที

5) กิจกรรม “พันธสัญญา” ให้กลุ่มทดลองวางแผนตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อระบุความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและเขียนเป็นพันธสัญญา หลังจากนั้นให้แลกเปลี่ยนกันบอกเล่าในกลุ่มย่อย ให้เพื่อนในกลุ่มร่วมลงชื่อรับรองและรวบรวมเป้าหมาย และแนวทางของกลุ่มเพื่อนำเสนอให้กลุ่มใหญ่ ใช้เวลา 30 นาที

6) ผู้วิจัยทบทวนกิจกรรมทั้งหมดที่กลุ่มทดลองได้รับ ตอบข้อซักถาม กระตุ้นให้ทุกคนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างพลังด้วยการให้กำลังใจ ใช้เวลา 20 นาที

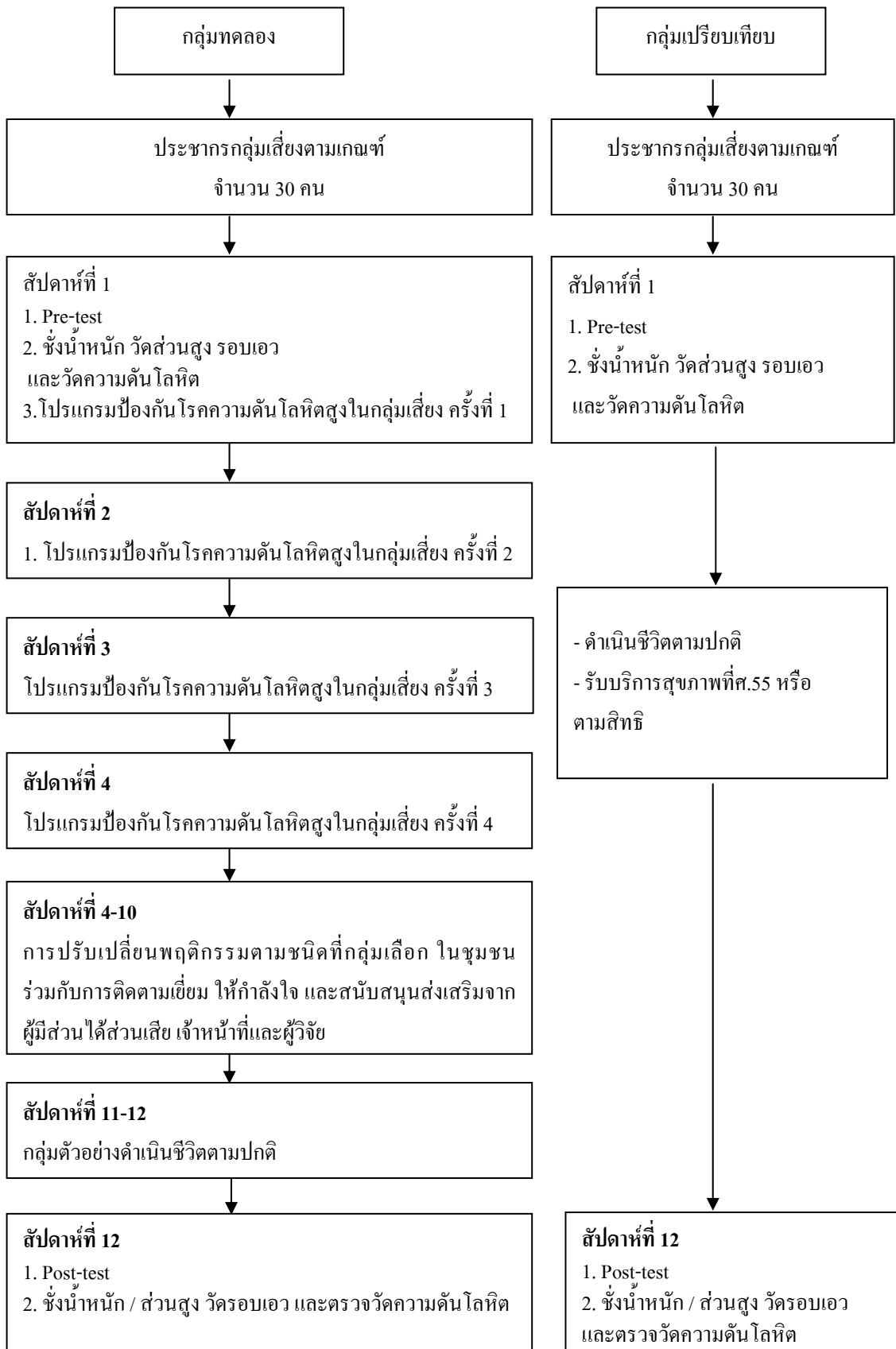
**สัปดาห์ที่ 4-10** กลุ่มตัวอย่างใช้สถานที่ในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก ได้แก่ การเดินเร็ว ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย รวม 2 ครั้ง

**สัปดาห์ที่ 11-12** ให้กลุ่มทดลองดำเนินชีวิตตามปกติ

**สัปดาห์ที่ 12** เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และติดตามการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นของกลุ่มเป้าหมาย

**กลุ่มเปรียบเทียบ** มีการดำเนินชีวิตตามปกติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนทั้งหมดของการวิจัย
2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 และชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
3. กลุ่มเปรียบเทียบสามารถไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือโรงพยาบาลได้ตามความจำเป็นหรือความต้องการ
4. เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร ในกลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลัง



แผนภาพที่ 3.3 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้มีการรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ทุกชุด ให้คะแนนแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แต่ละคน ใส่รหัส บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป (SPSS 11.5) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ มีดังนี้

#### 1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

1.1 ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### 2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistic)

2.1 ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจวัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ paired t-test

2.2 ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจวัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ แขวงช่องนนทรี เขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร ดำเนินการศึกษา ระยะเวลารวม 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ จำแนกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับ คุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

### ส่วนที่ 1

#### 1. ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3 และ 80.0 ตามลำดับ) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.0 ปี ในกลุ่มทดลอง และอายุเฉลี่ย 48.07 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ อายุต่ำสุด 38 ปี และ 36 ปี ตามลำดับ และอายุสูงสุด 59 ปีเท่ากันทั้งสองกลุ่ม สถานภาพสมรส พบว่าในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3 และ 60.0 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา พบว่าในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถม (ร้อยละ 70.0 และ 53.3 ตามลำดับ) อาชีพพบว่าในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เป็นแม่บ้าน) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 36.7 และ 33.3 ตามลำดับ) และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 33.3) โดยแยกเป็นแม่บ้าน และว่างงาน (ร้อยละ 30.0 และ 3.3 ตามลำดับ) รายได้ พบว่าในกลุ่มทดลอง

และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 - 10,00บาท/เดือน รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท/เดือน และสูงสุด 20,000 รายได้เฉลี่ย 9,833.3 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัว พบว่าในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 46.7 และ 33.3 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 4.1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (30 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	5	16.7	6	20.0
หญิง	25	83.3	24	80.0
<b>อายุ</b>				
35-45 ปี	8	26.6	11	26.7
46-55 ปี	16	53.4	15	50.0
56-59 ปี	6	20.0	4	13.3
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	49.00 $\pm$ 6.170 ปี		48.07 $\pm$ 6.997 ปี	
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	35-59 ปี		35-59 ปี	
<b>สถานภาพ</b>				
โสด	4	13.3	6	20.0
คู่	19	63.4	18	60.0
หม้าย/ หย่า/ แยก	7	23.3	6	20.0
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				
ประถม	21	70.0	16	53.3
มัธยมต้น	3	10.0	6	20.0
ตั้งแต่มัธยมปลาย/ ปวช.ขึ้นไป	6	20.0	8	26.7
<b>อาชีพ</b>				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	36.7	10	33.4
รับจ้าง	10	33.3	12	40.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	23.3	7	23.3
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2	6.7	1	3.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (30 คน)		กลุ่มเปรียบเทียบ (30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ต่อเดือนของครอบครัว</b>				
≤ 9,000 บาท	16	53.3	13	43.3
≥ 9,001-บาท	14	46.7	17	56.7
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	8833.33±4086.001		10833.33±4307.838	
ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด	3000-20000		5000-20000	
Mode, median	10000, 9,000		12000, 10,000	
<b>ลักษณะของครอบครัว</b>				
ครอบครัวเดี่ยว	6	20.0	14	46.7
ครอบครัวขยาย	14	80.0	16	53.3

## ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมุติฐาน

2.1 สมมุติฐานที่ 1 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูง ในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (3.24 ; SD 0.54 และ 3.61; SD 0.47 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.69$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (3.23; SD 0.72 และ 3.07; SD 0.65 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 2.04$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.051$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.24 ; SD 0.54 และ 3.23; SD 0.72 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.10$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.918$ ) หลังการทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.61; SD 0.47 และ 3.07; SD 0.65 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เพิ่มขึ้น มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กัน ( $t = 5.14$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในระดับในระดับมาก (3.06 ; SD 0.69 และ 3.55; SD 0.51 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.77$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.17 ; SD 0.63 และ 3.17; SD 0.71 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า พบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 0.00$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 1.000$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.06 ; SD 0.69 และ 3.17 ; SD 0.63 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.83$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.409$ ) หลังการทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.55; SD 0.51 และ 3.17; SD 0.71 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.02$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.004$ )

### 2.1.2 การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (3.43; SD 0.52 และ 3.67; SD 0.46) แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.99$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ในระดับมาก (3.33; SD 0.62 และ 3.25; SD 0.58 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.88$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.388$ ) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.43; SD 0.52; 3.33; SD 0.62 ตามลำดับ) แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.88$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.381$ ) หลังการทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.67; SD 0.46 และ 3.25; SD 0.58 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.91$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลาง (2.41; SD 0.79; 2.83; SD 0.60 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.95$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.37; SD 0.73 และ 2.29; SD 0.77) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.90$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.376$ ) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า

ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง (2.41; SD 0.79 และ 2.37; SD 0.73 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย ไม่แตกต่างกัน ทางสถิติ ( $t = 0.27$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.787$ ) หลังการทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.83; SD 0.60; 2.29; SD 0.77 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.32$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 4.2

**ตารางที่ 4.2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ต่อประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.24	2.07	3.61	1.65	2.69; 29; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.23	2.86	3.07	2.31	2.04; 29; 0.051
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.10; 58; 0.918		5.14; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.06	2.60	3.55	2.08	3.77; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.17	2.37	3.17	2.74	0.00; 29; 1.000
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.83; 58; 0.409		3.02; 58; < 0.004		
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.43	1.95	3.67	1.52	3.99; 29; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.34	2.41	3.25	2.52	0.88; 29; 0.388
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.88; 58; 0.381		3.91; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	2.40	2.97	2.83	1.66	4.95; 29; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.37	2.73	2.29	2.19	0.90; 29; 0.376
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.27; 58; 0.787		5.32; 58; < 0.001		

## 2.2 สมมุติฐานที่ 2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบคลุม แก่นนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### 2.2.1 การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการในระดับน้อย (1.76; SD 0.62) และมาก (3.07; SD 0.48) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.98$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในระดับน้อย (1.84; SD 1.38 และ 1.97; SD 0.55) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.04$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.309$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับน้อย (1.76; SD 0.62 และ 1.84; SD 1.38 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.69$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.495$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในระดับมาก (3.07; SD 0.48) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับน้อย (1.97; SD 0.55) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.06$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

### 2.2.2 การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง (2.60; SD 0.90) และมาก (3.19; SD 0.61) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.59$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (2.85; SD 0.63 และ 2.69; SD 0.59 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.80$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.082$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.60; SD 0.90 และ 2.85; SD 0.63 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 1.63$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.108$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มในระดับมาก (3.19; SD 0.61) และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.69; SD 0.59) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.26$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

### 2.2.3 การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรค

#### ความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (3.07; SD 0.77 และ 3.67; SD 0.43 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.79$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (2.91; SD 0.60 และ 2.93; SD 0.57 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 0.18$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.860$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.07; SD 0.77) และระดับปานกลาง (2.91; SD 0.60) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.06$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.298$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.67; SD 0.43) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.93; SD 0.57) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 8.36$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

### 2.2.4 การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการ

#### ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (3.21; SD 0.70 และ 3.74; SD 0.43 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.12$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในระดับมาก (3.03; SD 0.62 และ 3.04; SD 0.50 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 0.22$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.831$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.21; SD 0.70 และ 3.03; SD 0.62 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย ไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.15$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.256$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.74; SD 0.43 และ 3.04; SD 0.50 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.26$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

ดังตารางที่ 4.3

**ตารางที่ 4.3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ต่อการรับรู้การมีส่วนร่วม

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	1.76	1.62	3.07	1.03	11.98; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	1.84	1.38	1.97	1.27	1.04; 29; 0.309
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.69; 58; 0.495		11.06; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	2.60	3.38	3.19	2.06	5.59; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.85	2.37	2.69	1.59	1.80; 29; 0.082
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		1.63; 58; 0.108		5.26; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.07	3.24	3.67	1.56	5.79; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.91	2.27	2.93	1.83	0.18; 29; 0.860
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		1.06; 58; 0.298		8.36; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.21	1.96	3.74	1.04	4.12; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.03	1.63	3.04	1.20	0.22; 29; 0.831
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		1.15; 58; 0.256		7.26; 58; < 0.001		

### 2.3 สมมุติฐานที่ 3 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

#### 2.3.1 พฤติกรรมการควบคุมอาหาร

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลาง (2.79; SD 0.99) และมาก (3.62; SD 0.88) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถิติ ( $t = 6.98$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.65; SD 0.78 และ 2.68; SD 0.76 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 0.24$   $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.815$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.79; SD 0.99 และ 2.65; SD 0.78 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ( $t = 0.79$   $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.433$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.62; SD 0.88) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.68; SD 0.76) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมอาหาร มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.78$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

#### 2.3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย เพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลาง (3.55; SD 1.19) และมาก (4.32; SD 0.67) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.92$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลาง (3.58; SD 1.08 และ 3.45; SD 1.18 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.61$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.118$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (3.55; SD 1.19 และ 3.58; SD 1.08 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ( $t = 0.12$   $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.902$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (4.32; SD 0.67) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (3.45; SD 1.18) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.02$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

### 2.3.3 พฤติกรรมการจัดการความเครียด

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียด เพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลาง (2.53; SD 0.74) และมาก (3.10; SD 0.57) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.75$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในระดับปานกลาง (2.57; SD 0.67 และ 2.71; SD 0.68 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.40$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.171$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.53; SD 0.74 และ 2.57; SD 0.67 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.34$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.737$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก (3.10; SD 0.57) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง (2.71; SD 0.68) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการความเครียด มากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.39$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 4.4



## 2.4 สมมุติฐานที่ 4 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความเปลี่ยนแปลงดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต

### 2.4.1 ดัชนีมวลกาย

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 25.73 (SD 4.50) และ 25.33 (SD 4.36) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.88$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.007$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 26.03 (SD 4.76) และ 26.35 (SD 4.92) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.28$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.003$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 25.73 (SD 4.50) และ 26.03 (SD 4.76) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.25$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.803$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 25.33 (SD 4.36) และ 26.35 (SD 4.92) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองลดลง แต่กลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้น เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.85$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.398$ )

### 2.4.2 รอบเอว

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว ก่อนและหลังการทดลอง 89.92 (SD 12.62) และ 89.69 (SD 12.62) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยรอบเอว น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.39$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.023$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง 84.28 (SD 7.21) และ 84.35 (SD 7.26) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.49$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.148$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย 89.92 (SD 12.62) และ 84.28 (SD 7.21) ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็น 5.64 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยรอบเอว แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.13$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.037$ ) พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว 89.69 (SD 12.62) และ 84.35 (SD 7.26) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว ลดลง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว เพิ่มขึ้น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.02$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.048$ ) ดังตารางที่ 4.5

**ตารางที่ 4.5** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องดัชนีมวลกาย และรอบเอว

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>ดัชนีมวลกาย</b>						
กลุ่มทดลอง	30	25.73	4.50	25.33	4.36	2.88; 29; 0.007
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	26.03	4.76	26.35	4.92	3.28; 29; 0.003
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.25; 58; 0.803		0.85; 58; 0.398		
<b>รอบเอว</b>						
กลุ่มทดลอง	30	89.92	12.62	89.69	12.62	2.39; 29; =0.023
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	84.28	7.21	84.35	7.26	1.49; 29; 0.148
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		2.13; 58; 0.037		2.02; 58; 0.048		

### 2.4.3 ระดับความดันโลหิต

#### ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง 129.73 (SD 6.12) และ 123.27 (SD 4.68) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.08$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง 129.13 (SD 5.93) และ 130.77 (SD 5.32) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.38$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.179$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 129.73 (SD 6.12) และ 129.13 (SD 5.93) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.39$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.701$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 123.27 (SD 4.68) และ 130.77 (SD 5.32) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.80$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

#### ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง 84.07 (SD 4.06) และ 80.73 (SD 3.99) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.16$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.004$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง 83.60 (SD 4.45) และ 84.30 (SD 4.05) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ( $t = 0.90$ ,  $df = 29$ ,  $p\text{-value} = 0.378$ ) การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก 84.07 (SD 4.06) และ 83.60 (SD 4.45) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $t = 0.42$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} = 0.673$ ) แต่หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ย 80.73 (SD 3.99) และ 84.30 (SD 4.05)ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.44$ ,  $df = 58$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ดังตารางที่ 4.6

**ตารางที่ 4.6** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก</b>						
กลุ่มทดลอง	30	129.73	6.12	123.27	4.68	6.08; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	129.13	5.93	130.77	5.32	1.38; 29; 0.179
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.39; 58; 0.701		5.80; 58; < 0.001		
<b>ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>						
กลุ่มทดลอง	30	84.07	4.06	80.73	3.99	3.16; 29; 0.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	83.60	4.45	84.30	4.05	0.90; 29; 0.378
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.42; 58; 0.673		3.44; 58; < 0.001		

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยรูปแบบการวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ แขวงช่องนนทรี เขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2555-มกราคม 2556 ระยะเวลารวม 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาอภิปรายผลดังนี้

**สมมุติฐานที่ 1** ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

#### ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังจากการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น 1 การรับประทานอาหาร

รสจัดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และเมื่อมีความเครียดความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยลดลงเกือบทุกประเด็น

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดหลักเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพและมีจุดศูนย์กลางร่วมกัน (WHO, 2002; Epping-Jordan, 2005) โดยเน้นให้ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ชุมชน เกิดความตระหนักตื่นตัว รับผิดชอบต่อความเสี่ยง รับผิดชอบต่อความสามารถในการป้องกันโรค มองเห็นประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดการปฏิบัติร่วมกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในการป้องกันโรค เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยใหม่ ลดผลกระทบต่างๆจากโรคที่จะตามมา จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรม โดย

- ในขั้นเตรียมการ เตรียมความพร้อมของพยาบาล โดยการประชุมและสนทนากลุ่ม เพื่อกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางในการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการเตรียมการให้ข้อมูล การกระตุ้นครอบครัว และหุ้นส่วนชุมชน จากนั้นเตรียมความพร้อมของกลุ่มหุ้นส่วนชุมชน ได้แก่ ประธานกรรมการชุมชน อสส. สมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง และพยาบาล เพื่อให้ข้อมูลสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ในการหาแนวทางเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง โดย การประชาสัมพันธ์กิจกรรม ให้ความรู้ เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกิจกรรม A-I-C เพื่อให้ร่วมคิด และเลือกแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สำหรับกิจกรรม A-I-C ได้เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ พยาบาลจากศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข พ่อค้าแม่ค้า และกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมเสนอปัญหา ร่วมแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยให้แบ่งกลุ่มเพื่อร่วมสร้างภาพฝันด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอภาพฝัน เพื่อถอดเป็นแผนที่ทางความคิดโดยเจ้าหน้าที่ เชื่อมโยงภาพฝันของแต่ละกลุ่มเข้าด้วยกัน หลังจากนั้นให้กลุ่มร่วมสร้างคำขวัญ โดยให้ตั้งองค์ประกอบหลักๆจากภาพที่ต้องการเป็นคำคล้องจองสั้นๆ สะท้อนระบบชุมชนที่พึงปรารถนาในด้านป้องกันโรคความดันโลหิตสูงออกมา ได้คำขวัญ “นโยบายมีส่วนร่วม อาหารถูกหลัก ชมหักไขมันออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพกาย-ใจที่ดี” และนำมาแยกองค์ประกอบเพื่อสร้างหรือกำหนดตัวชี้วัดให้สามารถวัดได้ เข้าใจง่าย เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบสถานการณ์ที่เป็นจริงของชุมชนกับภาพฝัน ในขั้นตอนนี้ให้ประธานชุมชนเล่าประวัติความเป็นมาของชุมชน ให้

อาสาสมัครพูดถึงสถานะสุขภาพและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาของชุมชน จากนั้นพยาบาลจากศูนย์บริการสาธารณสุขให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุ สถานการณ์และผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และนำเสนอปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของชุมชน เปิดโอกาสให้กลุ่มนำเสนอปัญหาเพิ่มเติมหรือแก้ไขความเข้าใจให้ตรงกัน จากนั้นให้กลุ่มเลือกแนวทางและร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการของชุมชนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

- ในขั้นดำเนินการทดลองกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อนำการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม เพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มทดลอง ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ในรูปแบบ การนำเสนอสถานการณ์ขนาด และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองโดยใช้รูปภาพ ข้อความ และการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วย การทำแบบประเมินความเสี่ยง การประเมินความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ขนาดรอบเอวและแปลผล และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคด้วยตนเอง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชู เหลิมทอง (2553) ซึ่งให้หลักการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การประเมินค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว ผลไขมันในเลือดจากการตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองร่วมกับการฉายสื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และสไลด์ประกอบการทำให้มีคะแนนเฉลี่ยในด้านรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช พงษ์สมบุญ (2552) ที่จัดกิจกรรมวัดเส้นรอบเอว และความดันโลหิต และให้ข้อมูลเกณฑ์ปกติ เพื่อให้ประเมินความเสี่ยง ทำให้กลุ่มทดลองรับรู้โอกาสเสี่ยงได้ด้วยตนเอง ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเรื่องราวสมมุติของนางสมศรี ที่มีปัจจัยเสี่ยงใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี สุพิมล (2552) ที่จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมิน ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ชมวีดิทัศน์เรื่องใส่ใจสุขภาพลดเค็ม ลดความดันโลหิตห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต และนำเสนอตัวแบบที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต จากนั้นให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา นิลอยู่ (2542) โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมรวม ผ่านวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย ร่วมกับการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและการ

วิเคราะห์ความเสี่ยง ผ่านการแนะนำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ และผู้วิจัย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยง ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านความรุนแรง ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านความรุนแรง ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.004$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังได้ ความดันโลหิตสูงหากไม่รักษาจะทำให้เสียชีวิตได้ และความดันโลหิตสูงทำให้ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างคงที่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยลดลงในประเด็นความดันโลหิตสูงทำให้ต้องกินยาตลอดชีวิต

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเน้นการสื่อสาร โน้มน้าว จูงใจ ผ่านกิจกรรม การให้ความรู้ ในรูปแบบ การนำเสนอสถานการณ์ขนาด และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ให้กลุ่มทดลองโดยใช้รูปภาพ ข้อความ และการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพก่อนป่วย ระยะเวลาป่วย และภาวะสุขภาพ ความรู้สึกครั้งแรกเมื่อทราบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง และสิ่งที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะเจ็บป่วย (อาการ ผลกระทบ) ความรู้สึกครั้งแรกเมื่อเป็นอัมพฤกษ์ ปัญหาอุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตสูง จากนั้นให้กลุ่มทดลองร่วมอภิปรายถึงสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ รวมถึงความรู้สึกต่อรูปภาพ และข้อความที่เห็น และผู้วิจัยสรุปในช่วงสุดท้าย เพื่อให้กลุ่มรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชู เหลิมทอง (2553) โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ชมวิดีโอที่สนเรื่องโรคหลอดเลือดสมองแตก และความดันโลหิตสูง ร่วมกับการบรรยาย การเล่า

ประสบการณ์จากบุตรสาวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตก และการอภิปรายกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2552) ที่จัดกิจกรรม โดยให้ชมวิดีโอเรื่องหลอดเลือดตีรั่วสไต และความดันโลหิตสูง การให้รูปภาพผู้ป่วยเสียชีวิต พิการจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ภาพผู้ป่วยขณะนอนรพ. ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาพผู้ป่วยไตวาย ต้องล้างไต ร่วมกับการบรรยาย การเล่าประสบการณ์ จากตัวแทนและญาติของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลอดเลือดออกในสมอง หลอดเลือดหัวใจ และไตวาย เรื้อรังเกี่ยวกับ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และการอภิปรายกลุ่ม พบว่า ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี สุพิมล (2552) โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมิน ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ชมวิดีโอเรื่อง ใส่ใจสุขภาพลดเค็ม ลดความดันโลหิตห่างไกลอัมพฤกษ์ อัมพาต และนำเสนอตัวแบบที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต จากนั้นให้กลุ่มทดลองซักถามปัญหา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อนุชา นิลอยู่ (2542) โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม ผ่านวิดีโอที่ประกอบการบรรยาย ร่วมกับการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อน และการอภิปรายกลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการจัดโปรแกรมการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียด พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยด้านด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น

ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยลดลงเกือบทุกประเด็น

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านกิจกรรมการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบในการดูแลตนเองและมีสุขภาพแข็งแรง โดยให้เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์พฤติกรรมสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก ข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบ พร้อมแนวทางการแก้ไข และการให้กำลังใจจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าสามารถทำได้ ร่วมกับให้กลุ่มเสนอตัวอย่างที่มีความสามารถในการควบคุมน้ำหนัก ควบคุมอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ออกมาถ่ายทอดให้กลุ่มฟัง ในเรื่องวิธีการปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขและเสริมสร้างพลังด้วยการให้กำลังใจกลุ่มและเปิดโอกาส ให้กลุ่มทดลองถามเพิ่มเติม จากนั้นให้กลุ่มทดลองร่วมอภิปราย และผู้วิจัยสรุปในช่วงสุดท้าย เพื่อให้กลุ่มรับรู้ประโยชน์ของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถจดจำได้ การรับรู้นี้ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเปรียบเทียบประโยชน์จากการปฏิบัติกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้เลือกปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และเกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549) ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประโยชน์ของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมารวมกลุ่มเพื่อพูดคุย สนับสนุน ประคับประคอง และให้กำลังใจซึ่งกันและกันทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้จากผู้วิจัยผ่านสื่อ และคู่มือ ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรพงษ์ จริยชนกุล (2554) ซึ่งจัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดย เริ่มจากการประเมินประสบการณ์เดิมของกลุ่ม ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ผ่านสื่อประกอบ เปิดโอกาสให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดและผู้วิจัยสรุปในแต่ละหัวข้อ และติดตามประเมินผลการปฏิบัติใน

สัปดาห์ต่อมา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลยา ทองน้อย (2554) โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม ผ่านการชมวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย ร่วมกับการแบ่งกลุ่มอภิปรายเรื่องเล่าจากครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังจากจัดโปรแกรมการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยด้านด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานผักได้ทุกวัน ท่านไม่มีเวลาออกกำลังกายได้ทุกวัน และท่านเลือกรับประทานอาหารไม่ใส่กะทิ ไม่ทอด ไม่มันได้ทุกครั้ง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยลดลงเกือบทุกประเด็น

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านกิจกรรมการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคของการควบคุมความดันโลหิตสูง และการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบในการดูแลตนเองและมีสุขภาพแข็งแรง โดยให้เล่าเกี่ยวกับประสบการณ์พฤติกรรมสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนัก รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบ พร้อมแนวทางการแก้ไข ร่วมกับให้กลุ่มเสนอตัวอย่างที่มีความสามารถในการควบคุมน้ำหนักควบคุมอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ออกมาถ่ายทอดให้กลุ่มฟัง ในเรื่องวิธีการ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขและเสริมสร้างพลัง

ด้วยการให้กำลังใจกลุ่มและเปิดโอกาส ให้กลุ่มทดลองถามเพิ่มเติม จากนั้นให้กลุ่มทดลองร่วมอภิปราย และผู้วิจัยสรุปในช่วงสุดท้าย เพื่อให้กลุ่มรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้นี้ทำให้กลุ่มทดลองสามารถมองเห็นอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ช่วยกันระดมความคิด และเลือกแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และเกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา (2549) กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเรื่องการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิดโรค จากนั้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมารวมกลุ่มเพื่อพูดคุย ผู้สูงอายุบางรายพูดถึงอุปสรรคในการออกกำลังกายคืออายุมาก ทำให้กลัวเกิดอันตราย โดยผู้วิจัยได้จัดให้มีการออกกำลังกายร่วมกัน และมีผู้สูงอายุวัย 78 ปี นำออกกำลังกายอย่างกระฉับกระเฉง ทำให้กลุ่มทดลองทำตาม และสามารถทำได้ ร่วมกับการแนะนำท่าออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้จากผู้วิจัย และมีภาพในคู่มือ การพูดคุยกันในประเด็นของการรับประทานอาหารที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังมีการประเมินปัญหาอุปสรรคในการพบปะครั้งต่อไป ทำให้กลุ่มทดลองแม้จะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แต่ก็ได้รับแนวทางในการแก้ไขอุปสรรค พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรพงษ์ จริยชนกุล (2554) ซึ่งจัดกิจกรรมที่เน้นให้เห็นถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดย ใช้การซักถามเพื่อประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา จากนั้นให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงผ่านสื่อ การอภิปราย ตอบข้อซักถาม การยกตัวอย่างพฤติกรรมที่ปฏิบัติกัน เช่น การดื่มกาแฟ การรับประทานปลาร้า ปรุงรสด้วยเกลือไอโอดีน การรับประทานอาหารไขมันสูง ผู้วิจัยชวนพูดคุยถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันบอกถึงความรุนแรง และแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีการมอบเอกสาร และคู่มือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และติดตามประเมินผลการปฏิบัติในสัปดาห์ต่อมา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลยา ทองน้อย (2554) โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรม ผ่านสื่อวีดิทัศน์ รูปภาพ โปสเตอร์ เรื่องเล่าจาก

ครอบครัวผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการแบ่งกลุ่มอภิปราย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีขึ้นกว่า ก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**สมมุติฐานที่ 2 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ**

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังจากประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

- คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น (ตนเอง) ท่านร่วมออกกำลังกายที่จัดขึ้นในชุมชนทุกครั้ง และ(ครอบครัว) ครอบครัวของท่านร่วมสนับสนุนกิจกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ(เพื่อนำ) ในกรณีสงสัยว่ามีความดันโลหิตสูงผิดปกติ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน มีการแนะนำให้ประชาชนพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และ(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) พยาบาล และ/ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ส่งเสริมสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ความรู้ และสอนทักษะ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างคงที่

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเตรียมทีมสุขภาพ กำหนดแนวทางการกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยง และชุมชนตระหนักถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเตรียมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว เพื่อนำชุมชนในด้านการมีส่วนร่วม กำหนดแนวทางสร้างเสริมสุขภาพ และการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง ในส่วนของกลุ่มทดลองได้รับการอบรมในสัปดาห์ที่ 1-4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามรายละเอียดที่ได้กล่าวไปแล้ว ซึ่งมีทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการเตรียมความพร้อม ส่งผลให้เกิดการระดมความคิด และเลือกแนวทางใน

การแก้ไขเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และเกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องของกลุ่มเป้าหมาย สมาชิกในครอบครัว ประธานชุมชน อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุวระราช์ ลิมปีสไต (2548) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการประชุมเป็นอย่างดี มีการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานตามแผน และติดตามประเมินผล ซึ่งนับเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชน ที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาของสุรภิ พรหมแสง (2548) โดยในส่วนของการศึกษาผลของการรณรงค์แบบมีส่วนร่วมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไปรับการตรวจคัดกรอง กิจกรรมประกอบด้วย การทำเวทีประชาคม และการรณรงค์แบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไปรับการตรวจคัดกรองโรคนอกเขตเทศบาลร้อยละ 97.96 ในเขตเทศบาลร้อยละ 100 มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น รวมถึงมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองโรค และทีมสุขภาพดีขึ้น และการศึกษาของสุภาภรณ์ นิยมสรวนุญ (2551) ที่จัดกิจกรรมโดยมีการพัฒนาแบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของประชาชน จัดเวทีชุมชนวิเคราะห์และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังโรค เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค และติดตามประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า หลังปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคดีกว่าก่อนการปฏิบัติการ

**สมมุติฐานที่ 3** ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

- การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์รายข้อ สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงในรายละเอียดพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ของกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นในทุกประเด็น โดยเฉพาะในประเด็น (อาหาร) ท่านรับประทานอาหารประเภท ก๋วยเตี๋ยว ขนมห่มื่อแกง ขนมห่มื่อไก่ และ(ออกกำลังกาย) ท่านทำงานบ้านติดต่อกันนานเกิน 20 นาที เช่น ถูบ้าน รีดผ้า ล้างรถ และ(การจัดการความเครียด) ท่านออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเบื่อ

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านกิจกรรม ดังนี้

- ด้านการควบคุมอาหาร ผ่านกิจกรรมการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ในการเลือกรับประทานอาหาร การเลือกอาหารจานโปรด การทดลองจัดประเภทอาหาร หรือฝึกทักษะในการจัดสัดส่วนอาหาร เทคนิคการเลือกรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง (DASH Diet) และวิธีการประมาณสัดส่วนอาหารที่เหมาะสม และให้กลุ่มได้ลองจัดมื้ออาหารที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนัก จากนั้นให้ร่วมอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ ปัญหาอุปสรรคในการควบคุมอาหาร และสอนสาธิตการบันทึกพฤติกรรมด้านอาหารในแบบบันทึกสุขภาพให้กลุ่มทดลองสามารถนำไปบันทึกเองที่บ้าน

- ด้านการออกกำลังกาย ผ่านกิจกรรม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และการตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อให้กลุ่มประเมินความเสี่ยง นอกจากนั้นยังมีกิจกรรม “ใครทำได้ ยกมือขึ้น” ให้กลุ่มเลือกหรือเสนอตัวอย่างที่มีความสามารถในการควบคุมน้ำหนัก ควบคุมอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม ออกมาถ่ายทอดให้กลุ่มฟัง ในประเด็น วิธีการ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขและเสริมสร้างพลังด้วยการให้กำลังใจกลุ่ม การออกกำลังกาย กลุ่มร่วมเสนอวิธีการออกกำลังกายและร่วมอภิปรายถึง จุดดี จุดด้อยของการออกกำลังกายแต่ละวิธี จากนั้นให้กลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายเพื่อใช้ร่วมกัน และร่วมออกกำลังกายตามชนิดที่กลุ่มเลือก โดยกลุ่มเลือกการเดินเร็ว เป็นวิธีในการออกกำลังกายร่วมกัน

- ด้านการจัดการความเครียด ผ่านกิจกรรม “เรื่องของบุญชู” ซึ่งเป็นคนที่เมื่อมีความเครียด และมีวิธีจัดการความเครียดด้วยการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ จากนั้นให้ร่วมอภิปรายในประเด็น ผลของความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะความดันโลหิตสูง และแนวทางในการแก้ไข โดยผู้วิจัยสรุปเพิ่มเติมให้ครอบครัวทั้ง 3 ประเด็น จากนั้นให้กลุ่มฝึกกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดโดยใช้ “จินตนาการ” ถึงสถานที่ธรรมชาติที่มีความประทับใจ และกิจกรรม “ผ่อนคลาย” ให้กลุ่มทดลองฝึกการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยทำตามสิ่งที่ได้ยินจากผู้วิจัยหลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองบอกความรู้สึก

- กิจกรรม “พันธสัญญา” โดยให้กลุ่มทดลองวางแผนตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อระบุความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและเขียนเป็นพันธสัญญา หลังจากนั้นให้แลกเปลี่ยนกันบอกเล่าในกลุ่มย่อย ให้เพื่อนในกลุ่มร่วมลงชื่อรับรองภายหลังการอบรมตามโปรแกรม นอกจากนั้นกลุ่มทดลองยังมีการใช้สถานที่ในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก โดยกลุ่มเลือกวิธีออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ประชาชนชุมชน อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่และผู้วิจัย ส่งผลให้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปีณา บุญเกิด (2553) โดยให้กลุ่มทดลองรับโปรแกรมการกำกับตนเอง 6 ด้าน (คือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาลดระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายโดยเฉพาะเท้า) ร่วมกับการสนับสนุนของภาคีสุขภาพ 3 แห่ง (คือสมาชิกในครอบครัว แกนนำชุมชน และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชน) รวม 5 ด้าน (คือด้านข้อมูลข่าวสาร ารมณ์การยอมรับนับถือ การเป็นส่วนหนึ่งในสังคมและด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทองและบริการ) ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ และมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หรือสุชัยญา วงษ์เพ็ง (2541) ที่จัดกิจกรรมโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม และวิธีการทางสุขศึกษามาใช้ซึ่งประกอบด้วย การจัดอบรม การอภิปราย การใช้ตัวแบบทางบวกและทางลบ การกระตุ้นเตือน โดยใช้กลุ่มเพื่อนและ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และการแสดงตัวอย่างของจริงเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำแนวคิดทฤษฎีทางสุขศึกษามาประยุกต์กับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ มีผลทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น หรือการศึกษาของอุดมลักษณ์ จำสัจย์ (2550) ที่จัดกิจกรรมโดยประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตน ให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความสามารถแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นรวม 4 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อดีกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนความเครียดและระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หรือบุญชู เหลิมทอง (2553) ศึกษาเรื่องผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หรือการศึกษาของอรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2552) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้ แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**สมมุติฐานที่ 4 ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้าน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ**

#### ในด้าน ดัชนีมวลกาย

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังจากการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.007$ ) เป็นไปตามสมมุติฐาน และพบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลง ( $\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 25.73$  และ  $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 25.33$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น ( $\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 26.03$  และ  $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 26.35$ )

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในส่วนของความรู้ กลุ่มทดลองได้รับการอบรม

- เสริมสร้างการรับรู้ข่าวสาร ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ผ่านกิจกรรม การให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วย และการอภิปรายกลุ่ม

- สร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกิจกรรม การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี การเลือก การจัดสัดส่วนอาหาร การสาธิตและการฝึกทักษะการประเมินและการวัด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว การประเมินอาการและการตรวจวัดความดันโลหิต การออกกำลังกาย โดยกลุ่มเลือกการออกกำลังกายโดยวิธีเดินเร็วเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกัน และการจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่

- ภายหลังจากอบรมกลุ่มตัวอย่างใช้สถานที่ในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก โดยกลุ่มเลือกวิธีออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้อกำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ประธานชุมชน อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่และผู้วิจัย เมื่อเข้าสู่สัปดาห์ที่ 11-12 ให้กลุ่มทดลองดำเนินชีวิตตามปกติ

จากกิจกรรมทั้งหมดในเบื้องต้นร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุน ส่งเสริมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ประธานชุมชน อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ และผู้วิจัย ทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลง (0.40) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่ได้รับกิจกรรมใดๆ เพิ่มเติมจากเดิมมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น (0.32) ซึ่งจากการวิเคราะห์ในรายละเอียดในกลุ่มทดลองพบว่า มี 3 ราย ที่มีดัชนีมวลกายหลังการทดลองสูงกว่าการทดลอง พบว่า มี 2 ราย ที่มีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียง 1 ราย ที่พฤติกรรมมารับประทานอาหารยังไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้ควบคุมอาหาร มีการรับประทานของหวานมากขึ้น รับประทานอาหารประเภททอด รับประทานผลไม้เยอะ กินอาหารจุกจิก ร่วมกับมีงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อย เนื่องจากอยู่ในช่วงเทศกาลคริสต์มาส และปีใหม่ ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และเมื่อพิจารณาการบันทึกรับประทานอาหารรายวัน ใน 1 สัปดาห์พบว่า รับประทานอาหารประเภทแป้ง ประมาณ 10 ท็อปพีต่อวันท่าน ยังดื่มกาแฟเย็น รับประทานขนมใส่กะทิ และผลไม้ที่รสหวานจัด

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีัญญา คล้ายสกุล (2551) เรื่อง ผลของโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม หรืออรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2552) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้ แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง ในสัปดาห์ที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยค่าเส้นรอบเอวไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 10) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของค่าเส้นรอบเอวลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงเส้นรอบเอวไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายในระยะเวลาสั้นๆ จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของทอนสทาด และคณะ (Tonstad et al., 2007) โดยกลุ่มทดลอง พบกับพยาบาลเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะตอนเริ่มศึกษา ทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่าง แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา แม้ว่าทั้ง 2 กลุ่มจะมีรอบเอวเพิ่มขึ้น ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของรอบเอวลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยในกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักและรอบเอวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ไตรกลีเซอไรด์และตัวเลขของปัจจัยเสี่ยง

ของ Metabolic syndrome ลดลงในกลุ่มทดลอง แม้ระดับความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง แต่การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นเป็นเหตุให้มีกลุ่มเกิดขึ้นมากและเกิดการติดต่อกันบ่อยมากขึ้นและเพิ่มพฤติกรรมที่ช่วยในการลดความดันโลหิต

### ในด้านรอบเอว

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.023$ ) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว ลดลง ( $\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 89.92$  และ  $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 89.69$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว เพิ่มขึ้น ( $\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 84.28$  และ  $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 84.35$ )

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จากกิจกรรมทั้งหมดในโปรแกรมของผู้วิจัย ทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว ลดลง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับกิจกรรมใดๆเพิ่มเติม จากเดิมมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว เพิ่มขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ในรายละเอียดในกลุ่มตัวอย่างที่มีรอบเอว เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองพบว่า มี 2 ราย และทั้ง 2 รายที่มีรอบเอว เพิ่มขึ้นยังมีดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์อ้วน ทั้ง 2 ราย พฤติกรรมการรับประทานอาหารยังไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้ควบคุมอาหาร มีการรับประทานของหวานมากขึ้น รับประทานอาหารประเภททอด รับประทานผลไม้เยอะ กินอาหารจุกจิก ร่วมกับมีงานเลี้ยงสังสรรค์บ่อย เนื่องจากอยู่ในช่วงเทศกาลคริสต์มาส และปีใหม่ ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และเมื่อพิจารณาการบันทึกรับประทานอาหารรายวัน ใน 1 สัปดาห์พบว่า รับประทานอาหารประเภทแป้ง ประมาณ 10 ทัพพีต่อวันท่าน ยังดื่มกาแฟเย็น รับประทานขนมใส่กะทิ และผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ขนุน ทูเรียน

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีัญญา คล้ายสกุล (2551) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และอรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2552) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการ

ทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และทอนstad และคณะ (Tonstad et al., 2007) ศึกษาเรื่องผลของการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยต่อภาวะเมตาบอลิก ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะตอนเริ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่าง แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา แม้ว่าทั้ง 2 กลุ่มจะมีรอบเอวเพิ่มขึ้น ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของรอบเอวลittleน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมโดยในกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักและรอบเอวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ไตรกลีเซอไรด์ และตัวเลขของปัจจัยเสี่ยงของ Metabolic syndrome ลดลงในกลุ่มทดลอง แม้ระดับความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง แต่การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นเป็นเหตุให้มีกลุ่มเกิดขึ้นมากและเกิดการติดต่อกันบ่อยมากขึ้นและเพิ่มพฤติกรรมที่ช่วยในการลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ

### ในด้านระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก

จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.004$ ;  $p\text{-value} < 0.001$ )

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจาก ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จากกิจกรรมทั้งหมดในโปรแกรมของผู้วิจัย ทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับกิจกรรมใดๆ เพิ่มเติมจากเดิมมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง ซึ่งจากการวิเคราะห์ในรายละเอียดในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองพบว่า มี 4 ราย โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ความดันโลหิตสูงระดับเสี่ยง (120-139 mmHg) และมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่าก่อนการทดลอง รวม 8 ราย โดยมี 1 รายที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก เพิ่มขึ้นอยู่ในเกณฑ์ความดันโลหิตสูงระดับ 1 (90-99mmHg) ทั้ง 2 กลุ่ม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีการกำหนดเป้าหมายในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับลดปัจจัยเสี่ยง เช่น สุรา บุหรี่ แต่ยังคงมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารยังไม่เหมาะสม มีดัชนีมวลกายในระดับเกิน-อ้วน (7 ราย) รอบเอวเกินเกณฑ์ (9 ราย) มี 3 ราย ไม่เคยวัดความดันโลหิตมาก่อน และ 2 รายวัดความดันโลหิต 1 ครั้งต่อปี ในจำนวนนี้มีประวัติดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประเภทเบียร์ และสุรา 6 ราย และสูบบุหรี่ 6 ราย

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีญา คล้ายสกุล (2551) โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะ เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและอรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2552) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้ แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และทอนสทาด และคณะ (Tonstad et al., 2007) ศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยต่อภาวะเมตาบอลิก ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะตอนเริ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่าง แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา แม้ว่าทั้ง 2 กลุ่มจะมีรอบเอวเพิ่มขึ้น ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของรอบเอวเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมโดยในกลุ่มควบคุม มีน้ำหนักและรอบเอวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ไตรกลีเซอไรด์ และตัวเลขของปัจจัยเสี่ยงของ Metabolic syndrome ลดลงในกลุ่มทดลอง แม้ระดับความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง แต่การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นเป็นเหตุให้มีกลุ่มเกิดขึ้นมากและเกิดการติดต่อกันบ่อยมากขึ้นและเพิ่มพฤติกรรมที่ช่วยในการลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญ

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Pretest-Posttest Two Group Design กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์ แขวงช่องนนทรี เขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งได้จากการระดมสมองของชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข และผู้วิจัย รวม 4 สัปดาห์ จากนั้น สัปดาห์ที่ 4-10 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบที่กลุ่มเลือกโดยกลุ่มได้เลือกการเดินทางเร็วเพื่อเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ทำร่วมกันเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว เพื่อนำ อสส. เจ้าหน้าที่และผู้วิจัย สัปดาห์ที่ 11-12 ให้กลุ่มทดลองดำเนินชีวิตตามปกติ และสัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการเข้าร่วมการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และติดตามการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นของกลุ่มเป้าหมายโดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2555 - มกราคม 2556 ระยะเวลา รวม 12 สัปดาห์

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ส่วนสูง น้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร (การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติวิเคราะห์ ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ก่อน

และหลังการทดลองโดยใช้ paired t-test และในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ independent t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

## 6.1 สรุปผลการวิจัย

### 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3 และ 80.0 ตามลำดับ) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.0 ปี ในกลุ่มทดลอง และอายุเฉลี่ย 48.07 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ อายุต่ำสุด 38 ปี และ 36 ปี ตามลำดับ และอายุสูงสุด 59 ปีเท่ากันทั้งสองกลุ่ม สถานภาพสมรส พบว่าในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3 และ 60.0 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา พบว่าในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถม (ร้อยละ 70.0 และ 53.3 ตามลำดับ) อาชีพพบว่าในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เป็นแม่บ้าน) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 36.7 และ 33.3 ตามลำดับ) และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 33.3) โดยแยกเป็นแม่บ้าน และว่างงาน (ร้อยละ 30.0 และ 3.3 ตามลำดับ) รายได้ พบว่าในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท/เดือน รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท/เดือน และสูงสุด 20,000 รายได้เฉลี่ย 9,833.3 บาท/เดือน ลักษณะของครอบครัว พบว่าในกลุ่มทดลอง และในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 46.7 และ 33.3 ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านคุณลักษณะประชากรของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน

### 2) ผลที่ได้จากการจัดกิจกรรม

ภายหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) การประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลที่ได้ ดังนี้ คือ

- เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคความดันโลหิตสูงในด้าน โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

- เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ,  $p\text{-value} = 0.004$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ;  $p\text{-value} < 0.001$  ตามลำดับ)

- เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

- เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

- เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด พบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

- เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

- เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่า คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.007$ )

- เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.803$ ) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ ( $\bar{x}_{\text{ทดลอง}} = 25.73$  และ  $\bar{x}_{\text{เปรียบเทียบ}} = 26.03$ ) และภายหลังการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่างกัน ( $p\text{-value} = 0.398$ ) แต่เมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ( $\bar{x}_{\text{ทดลอง}} = 89.92$  และ  $\bar{x}_{\text{เปรียบเทียบ}} = 84.28$ )

- เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.023$ )

- เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.037$ ) และภายหลังการทดลองเมื่อพิจารณารายละเอียดพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว ลดลง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว เพิ่มขึ้น ( $\bar{X}_{\text{ทดลอง}} = 89.69$  และ  $\bar{X}_{\text{เปรียบเทียบ}} = 84.35$ )

- เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ;  $p\text{-value} = 0.004$  ตามลำดับ)

- เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

## 6.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าภายหลังการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในด้าน การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิก ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. พยาบาลสาธารณสุขควรพัฒนาทักษะการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำรูปแบบการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปใช้ โดยสอดแทรกให้เข้าไปอยู่ในงานประจำ เพื่อผลลัพธ์การดูแลประชาชนครอบคลุมทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในทุกกลุ่มวัย และทุกมิติ

2. จากผลการวิจัยพบว่า การกำหนดบทบาทประชาชนในการมีส่วนร่วมให้ชัดเจน ส่งผลในด้านที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นพยาบาลสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของสมาชิก และติดตามการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีนโยบายสนับสนุนการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และให้เกิดความเชื่อมโยงของภาคีเครือข่ายอย่างจริงจัง ทำให้เกิดช่องทางในการพูดคุยกันเพิ่มขึ้นในเรื่องของสุขภาพ โดยมีแนวคิดบนพื้นฐานของ ประชาชน ชุมชน และองค์กรสุขภาพ

### 6.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35-59 ปี เพียงกลุ่มเดียว จึงควรมีการเพิ่มการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เป็นต้น
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เน้นในระดับครอบครัว และชุมชน ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงอาจมีการศึกษาขยายออกไปในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินผลระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มกิจกรรมสร้างความตระหนัก หรือสร้างการรับรู้ครั้งต่อไป เพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

### 6.4 ข้อจำกัดของงานวิจัย

ในการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชนจึงเป็นการจัดนอกเวลาราชการในช่วงตอนเย็นซึ่งเป็นเวลาที่ประชาชนในชุมชนสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม การจะทำให้งานวิจัยนี้ไปสู่งานประจำต้องหาจุดที่จะทำให้สามารถนำไปใช้ในเวลาดำเนินการได้ หรือเป็นการทำงานนอกเวลาโดยมีค่าตอบแทน

การประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ  
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร

THE INNOVATIVE CARE FOR CHRONIC CONDITIONS APPLICATION TO PROMOTE  
HEALTH BEHAVIOR IN HYPERTENSION AT RISK GROUP, BANGKOK METROPOLITAN

บุญรัตน์ พงศ์กัณธารักษ์ 5237528 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ทศนีย์ รวีวรกุล, Ph.D., อังสนา บุญธรรม, Ph.D.,  
พิมสุภาว์ จันทนะโสตร์, Ph.D.

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย  
ครอบครัว เศรษฐกิจ และประเทศ (วิชชัย ภาสุรกุล, 2552; WHO, 2013) เป็นสาเหตุหนึ่งของความ  
พิการต้องดูแลรักษาระยะยาว และเกิดภาวะพืงพืง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2547;  
Victor et al., 2009; WHO, 2013) ในกรุงเทพมหานครมีประชาชนเป็นความดันโลหิตสูงกว่าสี่แสน  
คน หรือร้อยละ 10 ของประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) และคนที่มีความดันโลหิตสูงกว่า  
ครึ่งไม่รู้ว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง (วัลลภ ไทยเหนือ, 2550; อุดลย์ บัณฑกุล, 2552; สำนัก  
นโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สถิติของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะ  
สัมพันธ์ พ.ศ. 2551 – 2553 พบโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับที่ 1 ซึ่งการคัดกรองสุขภาพผู้มี  
ความเสี่ยง (อายุ 35 ปีขึ้นไป) มากถึงร้อยละ 27.5 (สถิติศูนย์บริการสาธารณสุข 55, 2551 - 2553)

ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และ  
ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (อูดลย์ บัณฑกุล, 2552; สุรเกียรติ อาษานุภาพ, 2544) ที่พบมาก  
ที่สุด คือ พฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด  
(ชนวนทอง ธนสุกาญจน์และดวงกมล จันทรมิมีต, 2542) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความดัน

โลหิตสูงด้านอื่นๆ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และยาสูบ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจึงควรได้รับการส่งเสริม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกด้าน

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีการนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวาง (บุญชู เหลิมทอง, 2553; สุชัยญา วงษ์เพ็ญ, 2541; อุดมลักษณ์ จำสัดย์, 2550; Lee; Arthu; Avis, 2007; Bosworth et al., 2008; เพ็ญศรี สุพิมล, 2552; อรนุช พงษ์สมบูรณ์, 2552; สุวรรานี ลิ้มปีศาจ, 2548; สุภาภรณ์ นิยมสรวนุ, 2551; จิตติมา อินทร์เนตร, 2553) โดยส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์ใช้ในรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และผลการศึกษาเป็นไปในทางที่น่าพึงพอใจ (สุชัยญา วงษ์เพ็ญ, 2541; Lee; Arthu; Avis, 2007; สุภาภรณ์ นิยมสรวนุ) แต่จำนวนกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก็ยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากการทำงานของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ ในด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงพบว่า มีคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) แต่ไม่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางอย่างครบวงจร ทำให้รูปแบบการทำงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน การทำงานเน้นใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม แต่ชุมชน และประชาชนไม่รู้ลึกถึงการมีส่วนร่วม ทำให้กิจกรรมต่างๆ ขาดความต่อเนื่อง

ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลสาธารณสุขที่มีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่เขตเมือง จึงสนใจที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง เพื่อให้เป็นการพัฒนาทั้งระบบ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ชุมชน และองค์กรสุขภาพ โดยการดูแลภาวะเรื้อรังอย่างมีปฏิสัมพันธ์และมีจุดศูนย์กลางร่วมกัน และเชื่อมต่อด้วยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน (WHO, 2002) เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยภาคีเครือข่าย และสร้างกระแสนการมีส่วนร่วม ช่วยเหลือกันและกันจนเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง การศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นใน ระบบเล็กเพียงส่วนเดียว ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งชุมชน ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง สมาชิกในครอบครัว ประธานชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งมีบทบาทและการตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ภายใต้เป้าหมายเดียวกันคือ สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งป่วยและไม่ป่วย จึงต้องมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในการช่วยลดการ

เกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดผลกระทบต่างๆ จากโรคที่จะตามมา เช่น ความเจ็บป่วย ความพิการ ค่าใช้จ่าย ภาระครอบครัว ความเหนื่อยเมื่อยล้าทั้งร่างกาย และจิตใจ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองการเปลี่ยนแปลงในด้าน ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับความดันโลหิต ดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Pretest-Posttest Two Group Design แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีสภาพแวดล้อมและโครงสร้างของชุมชนใกล้เคียงกัน กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิด Central limit theorem (Daniel, 1995) ซึ่งระบุว่า การกำหนดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน สามารถอนุมานได้ว่าขนาดตัวอย่างมีการกระจายเข้าสู่ศูนย์กลาง ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (SBP) 120-139 mm Hg และ/หรือระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (DBP) 80-89 mm Hg ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟัง การมองเห็น อ่านออกเขียนได้ และมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ และยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะประชากร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและให้เติมข้อความ จำนวน 21 ข้อ

1.2 แบบประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในการประเมินการรับรู้ 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

1.3 แบบประเมินการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในการประเมินการรับรู้ 4 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในการประเมินความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมอบรมให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง และกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่ม ตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก ซึ่งทำในชุมชนในสัปดาห์ที่ 4-10 ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย รวม 2 ครั้ง

2.2 คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงพร้อมแบบบันทึกสุขภาพ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมหูฟัง สายวัดรอบเอว ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

1. ระยะเวลาเตรียมการ โดยเตรียมทีมสุขภาพ เตรียมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว แกนนำชุมชน ในการมีส่วนร่วม กำหนดแนวทางสร้างเสริมสุขภาพ
2. ระยะเวลาทดลอง โดยทำกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - 2.1 เสริมสร้างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.2 ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มตัดสินใจเลือกเอง
  - 2.3 การติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติต่อเนื่อง

### ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค)
2. การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ครอบครัว แกนนำ ชุมชน และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ด้านอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด
4. ดัชนีมวลกาย
5. รอบเอว
6. ระดับความดันโลหิต

## การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ระยะเตรียมการก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ด้านวิชาการ ข้อมูลพื้นฐานและสำรวจพื้นที่ชุมชน ติดต่อบริษัทประกันสุขภาพ ผู้บริหารของหน่วยงาน และแกนนำชุมชน และเตรียมผู้ช่วยวิจัย

- เก็บข้อมูลกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี จากประวัติการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์ ในปีพ.ศ. 2552 และสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

- รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพยาบาลเยี่ยมบ้านก่อนเริ่มโครงการ เพื่อประเมินกิจกรรมตามกรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง

- เก็บรวบรวมข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของชุมชนในด้าน ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

- จัดกิจกรรม A-I-C โดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ปัญหาและข้อจำกัด ทำความเข้าใจ ร่วมเสนอปัญหา ร่วมหาแนวทางแก้ไข ปัญหา จากนั้นให้กลุ่มเลือกแนวทางและร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการของชุมชนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

### 2. ระยะดำเนินการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

**สัปดาห์ที่ 1-4** เสริมสร้างการรับรู้ข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และสร้างการมีส่วนร่วมโดยการให้ความรู้ การประเมินความเสี่ยง การถ่ายทอดประสบการณ์ด้านบวก และลบ การฝึกทักษะในการเลือก การจัดสัดส่วนอาหาร การสาธิตและการฝึกทักษะการประเมินและการตรวจวัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว การจัดการความเครียดโดยฝึกใช้จินตนาการ และฝึกการเกร็ง การคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่ และการอภิปรายกลุ่ม และให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

**สัปดาห์ที่ 4-10** กลุ่มตัวอย่างใช้สถานที่ในชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก ได้แก่ การเดินเร็ว ร่วมกับการติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว แกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้วิจัย รวม 2 ครั้ง

**สัปดาห์ที่ 11-12** ให้กลุ่มทดลองดำเนินชีวิตตามปกติ  
**สัปดาห์ที่ 12** เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ paired t-test และ independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

### ผลการศึกษา

#### ลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3 และ 80.0 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 49.0 ปี และ 48.07 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3 และ 60.0 ตามลำดับ) จบการศึกษาในระดับประถม (ร้อยละ 70.0 และ 53.3 ตามลำดับ) ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เป็นแม่บ้าน) แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.0) ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ในช่วง 5,000 – 10,000 บาท/เดือน รายได้เฉลี่ย 9,833.3 บาท/เดือน และลักษณะของครอบครัว พบว่าสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 46.7 และ 33.3 ตามลำดับ)

#### ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค ต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต) ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงในด้านโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกับความรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ต่อประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.24	2.07	3.61	1.65	2.69; 29; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.23	2.86	3.07	2.31	2.04; 29; 0.051
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.10; 58; 0.918		5.14; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.06	2.60	3.55	2.08	3.77; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.17	2.37	3.17	2.74	0.00; 29; 1.000
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.83; 58; 0.409		3.02; 58; < 0.004		
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.43	1.95	3.67	1.52	3.99; 29; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.34	2.41	3.25	2.52	0.88; 29; 0.388
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.88; 58; 0.381		3.91; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	2.40	2.97	2.83	1.66	4.95; 29; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.37	2.73	2.29	2.19	0.90; 29; 0.376
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.27; 58; 0.787		5.32; 58; < 0.001		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ต่อการรับรู้การมีส่วนร่วม

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	1.76	1.62	3.07	1.03	11.98; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	1.84	1.38	1.97	1.27	1.04; 29; 0.309
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.69; 58; 0.495		11.06; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	2.60	3.38	3.19	2.06	5.59; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.85	2.37	2.69	1.59	1.80; 29; 0.082
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		1.63; 58; 0.108		5.26; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.07	3.24	3.67	1.56	5.79; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.91	2.27	2.93	1.83	0.18; 29; 0.860
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		1.06; 58; 0.298		8.36; 58; < 0.001		
<b>การรับรู้ต่อการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.21	1.96	3.74	1.04	4.12; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.03	1.63	3.04	1.20	0.22; 29; 0.831
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		1.15; 58; 0.256		7.26; 58; < 0.001		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้าน</b>						
<b>การควบคุมอาหาร</b>						
กลุ่มทดลอง	30	2.79	3.74	3.62	2.51	6.98; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.65	3.10	2.68	2.85	0.24; 29; 0.815
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.79; 58; 0.433		6.78; 58; < 0.001		
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้าน</b>						
<b>การออกกำลังกาย</b>						
กลุ่มทดลอง	30	3.55	2.19	4.32	0.96	3.92; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.58	2.00	3.45	2.16	1.61; 29; 0.118
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.12; 58; 0.902		4.02; 58; < 0.001		
<b>พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในด้าน</b>						
<b>การจัดการความเครียด</b>						
กลุ่มทดลอง	30	2.53	2.79	3.10	1.70	5.75; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	2.57	2.56	2.71	1.72	1.40; 29; 0.171
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.34; 58; 0.737		4.39; 58; < 0.001		

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องดัชนีมวลกาย รอบเอว และ ระดับความดันโลหิต

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)		t, df, p-value (ภายในกลุ่ม)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>ดัชนีมวลกาย</b>						
กลุ่มทดลอง	30	25.73	4.50	25.33	4.36	2.88; 29; 0.007
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	26.03	4.76	26.35	4.92	3.28; 29; 0.003
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.25; 58; 0.803		0.85; 58; 0.398		
<b>รอบเอว</b>						
กลุ่มทดลอง	30	89.92	12.62	89.69	12.62	2.39; 29; =0.023
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	84.28	7.21	84.35	7.26	1.49; 29; 0.148
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		2.13; 58; 0.037		2.02; 58; 0.048		
<b>ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก</b>						
กลุ่มทดลอง	30	129.73	6.12	123.27	4.68	6.08; 29; <0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	129.13	5.93	130.77	5.32	1.38; 29; 0.179
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.39; 58; 0.701		5.80; 58; < 0.001		
<b>ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก</b>						
กลุ่มทดลอง	30	84.07	4.06	80.73	3.99	3.16; 29; 0.004
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	83.60	4.45	84.30	4.05	0.90; 29; 0.378
t, df, p-value (ระหว่างกลุ่ม)		0.42; 58; 0.673		3.44; 58; < 0.001		

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดหลักเกี่ยวกับการดูแลโรคเรื้อรังอย่างมีปฏิสัมพันธ์และมีจุดศูนย์กลางร่วมกัน (WHO, 2002; Epping-Jordan, 2005) โดยเน้นให้ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ชุมชน เกิดความตระหนัก รับรู้ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง รับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันโรค มองเห็นประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนเกิดการปฏิบัติร่วมกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในการป้องกันโรค เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยใหม่ ลดผลกระทบต่างๆ จากโรคที่จะตามมา ทั้งนี้ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของบุญชู เหลิมทอง (2553) โดยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง เลือกรับประทานอาหารเป็น และมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง และอรนุช พงษ์สมบูรณ์ (2552) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากการชมวิดีโอ และคุณภาพผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการบรรยาย การเล่าประสบการณ์จากตัวแทนและญาติของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลอดเลือดออกในสมอง และการศึกษาของจิรพงษ์ จริยชนกุล (2554) โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากกิจกรรมการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทั้งในด้านประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

อีกทั้งกระบวนการ AIC ที่ใช้ได้ผลนำไปสู่การกำหนดแนวทางการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวระห์ ลิ้มปีศาจ (2548) โดยใช้กระบวนการ AIC ร่วมกันหาและแก้ไขปัญหา นำแผนไปสู่การปฏิบัติ และประเมินผล พบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการประชุมเป็นอย่างดี มีการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานตามแผน และติดตามประเมินผล และการศึกษาของสุภาภรณ์ นิยมสรวย (2551) โดยในบุคลากรสาธารณสุขมีการพัฒนาแบบบันทึกการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ประชาชนใช้ และจัดเวทีชุมชนเพื่อวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูง จัดทำแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังโรค โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค และติดตามประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคดีกว่าก่อนการทดลอง

ทั้งนี้ การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ และสนับสนุนส่งเสริมจากครอบครัว แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้วิจัย สามารถเสริมสร้างกำลังใจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสาธารณสุขควรพัฒนาทักษะการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยนำรูปแบบการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปใช้ โดยสอดคล้องให้เข้าไปอยู่ในงานประจำ เพื่อผลลัพธ์การดูแลประชาชนครอบคลุม กลุ่มทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในทุกกลุ่มวัย และทุกมิติ

2. จากผลการวิจัยพบว่า การกำหนดบทบาทประชาชนในการมีส่วนร่วมให้ชัดเจน ส่งผลในด้านที่ดีต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นพยาบาลสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทของสมาชิก และติดตามการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีนโยบายสนับสนุนการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง ในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และให้เกิดความเชื่อมโยงของภาคีเครือข่ายอย่างจริงจัง ทำให้เกิดช่องทางในการพูดคุยกันเพิ่มขึ้นในเรื่องของสุขภาพ โดยมีแนวคิดบนพื้นฐานของ ประชาชน ชุมชน และองค์กรสุขภาพ

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35-59 ปี เพียงกลุ่มเดียว จึงควรมีการเพิ่มการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เป็นต้น

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่เน้นในระดับครอบครัว และชุมชน ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงอาจมีการศึกษาขยายออกไปในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการประเมินผลระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มกิจกรรมสร้างความตระหนัก หรือสร้างการรับรู้ครั้งต่อไป เพื่อให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

ในการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชนจึงเป็นการจัดนอกเวลาราชการในช่วงตอนเย็นซึ่งเป็นเวลาที่ประชาชนในชุมชนสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม การจะทำให้งานวิจัยนี้ไปสู่งานประจำต้องหาจุดที่จะทำให้อาสาสมัครสามารถนำไปใช้ในเวลาทำงานปกติได้ หรือเป็นการทำงานนอกเวลาโดยมีค่าตอบแทน

THE INNOVATIVE CARE FOR CHRONIC CONDITIONS APPLICATION TO  
PROMOTE HEALTH BEHAVIOR IN HYPERTENSION AT RISK GROUP,  
BANGKOK METROPOLITAN

BUNYARAT PONGPHANTARAK 5237528 PPH/M

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

THESIS ADVISORY COMMITTEE: TASSANEE RAWIWORRAKUL., Ph.D.,  
ANGSANA BOONTHUM, Ph.D., PIMSUPA CHANDANASOTTHI, Ph.D.

## EXTENDED SUMMARY

### Background and Significance of the Problem

Hypertension is one of major health problems affecting the patients, their families, economy, and burden of the nation. (Tawaschai Pasurakul, 2009; WHO, 2013) this problem causes disability which requires long-term care and dependency (Thai Health Survey Office, 1998; Department of Disease Control, Ministry of Health, 2004; Victor et al., 2009). In Bangkok Metropolitan area, over 400,000 populations had high blood pressure (Ministry of Public Health, 2009). Additionally, almost half of Thai people who had high blood pressure did not know their chronic conditions (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2006; Vallop Thainue, 2007; Adul Buntukul, 2009, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2013). The statistic of the 55<sup>th</sup> Health Center (Techasumpan) reveals that the most chronic disease is hypertension, as well as the 27.5% of Thai people aged 35 and older developed hypertension (Public Health Center 55, 2008, 2009; 2010).

Essential Hypertension caused from both unavoidable and avoidable risk factors (Adul Bunthukul, 2009; Surakiet Archanupap, 2001). Controlling diet, performing regular exercise and managing stress could prevent or delay high blood pressure (Chanuanthong Thanasukarn & Duangkamol Junimitr, 1999). Many risk

behaviors as overweight, alcoholic beverages consumption, and tobacco smoking can contribute to hypertension. Therefore, people with hypertension at risk should be encouraged to eliminate risk factors through changing their health behaviors.

Previous studies for controlling and preventing high blood pressure were conducted by adopting various health behavior theories (Boonchoo Leamthong, 2010; Suchanya Vongpeng, 1998; Udomluk Chumsat, 2007; Lee; Arthu; Avis, 2007; Bosworth et al., 2008; Pensri Supimol, 2009; Oranuch Pongsomboon, 2009; Suvara Limpasodsai, 2005; Supaporn Niyomsuan, 2008; Thitima Innet, 2010). Although those studies resulting satisfactory outcomes (Suchanya Vongpeng, 2541; Lee; Arthu; Avis, 2007; Supaporn Niyomsuan, 2008), the numbers of risk group and new cases of hypertension patients are still increasing. After examining routine work on hypertension prevention of the 55<sup>th</sup> Health Center (Techasumpan), the Hypertension Preventive Guidelines (Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, 2007) was employed but it was not used all recommended processes. The readymade program provided for people in community indicated good behavior changes only when they had participated in the program. However, they never realized that these benefits were for their own participation and the program activity was left behind.

As a public health nurse providing health care services for people in an urban area, the researcher intended to promote health promotion behavior for people with hypertension at risk by applying the innovative care for chronic conditions. This concept involves interaction between the target population, their family, community leaders, and health personnel participating in the same health condition (WHO, 2002). This study focused on the Micro system including community stakeholders, population at risk, family members, community leaders, health volunteers, and health personnel. Each section has different roles and responsibilities to improve health promoting behavior, and quality of life among people with hypertension at risk. These participations might reduce incidence of hypertension and impacts from developing complication from hypertension such as morbidity, disability, medical expenses, family burden, and physical / mental fatigue.

## **Research Objective**

To examine the effect of an innovative care for chronic conditions application for preventing hypertension to promote health behavior among people with hypertension at risk group.

## **Research Hypothesis**

1. At posttest, the experimental group has higher hypertension perception mean scores on risk and severity of hypertension, benefits and barriers of hypertension prevention practice than at the pretest, and higher than those of the comparison group.

2. At posttest, the experimental group has higher perception mean scores on self-participation, and participation from family, community, and health personnel on hypertension prevention practice than at the pretest, and higher than those of the comparison group.

3. At posttest, the experimental group has higher health promotion behavior mean scores on diet control, exercise, and stress management on hypertension prevention than at the pretest, and higher than those of the comparison group.

4. At posttest, the experimental group has better mean scores on Body Mass Index, waist circumference, and blood pressure level than at the pretest, and better than those of the comparison group.

## **Research Methodology**

### **Research Design**

This study was a quasi-experimental research, pretest-posttest two group design. Participants were assigned into the experimental group and the comparison group.

## **Population and sample**

Population in this study was people with hypertension at risk living in urban community of Bangkok Metropolitan. Based on the Central Limit Theorem (Daniel, 1995), sample size was desired at least 30 participants in each of the experimental group and the comparison group. Inclusion criteria were as followings, a) male and female aged 35-59 years old, b) having systolic blood pressure (SBP) 120-139 mm Hg and / or diastolic blood pressure (DBP) 80-89 mm Hg, c) never been hypertension diagnosed by a physician, d) no problem of reading, writing, or communication in Thai language, e) no any mental problem, and f) willing to participate in the study program.

## **Research Tools**

### **1. Data collection tool** consists of 4 sets of questionnaire as followings,

1.1 Demographic characteristics questionnaires: there are 21 items of multiple choices and fill-in questions.

1.2 Perceived risk, severity, benefit, and barriers of hypertension questionnaires: there are 20 items with 4 levels rating scale.

1.3 Self-involvement and perceived participation on hypertension prevention from family members, community leaders, and health personnel: there are 16 items with 4 levels rating scale.

1.4 Health promotion behavior for hypertension prevention assessment on diet control, exercise, and stress management: there are 12 items with 4 levels rating scale.

### **2. Intervention Tool**

2.1 The 12-week program of innovative care for chronic conditions application on health promotion behavior for hypertension at risk group. This program was provided for 4 weekly of group preparation. The 4<sup>th</sup> to 10<sup>th</sup> week was provided for the selected health promotion practicing. Two follow-up visits to encourage and support the selected health promotion behaviors, from family members,

community leaders, health volunteers, health personnel, and the researcher, were done at the same period of the practice.

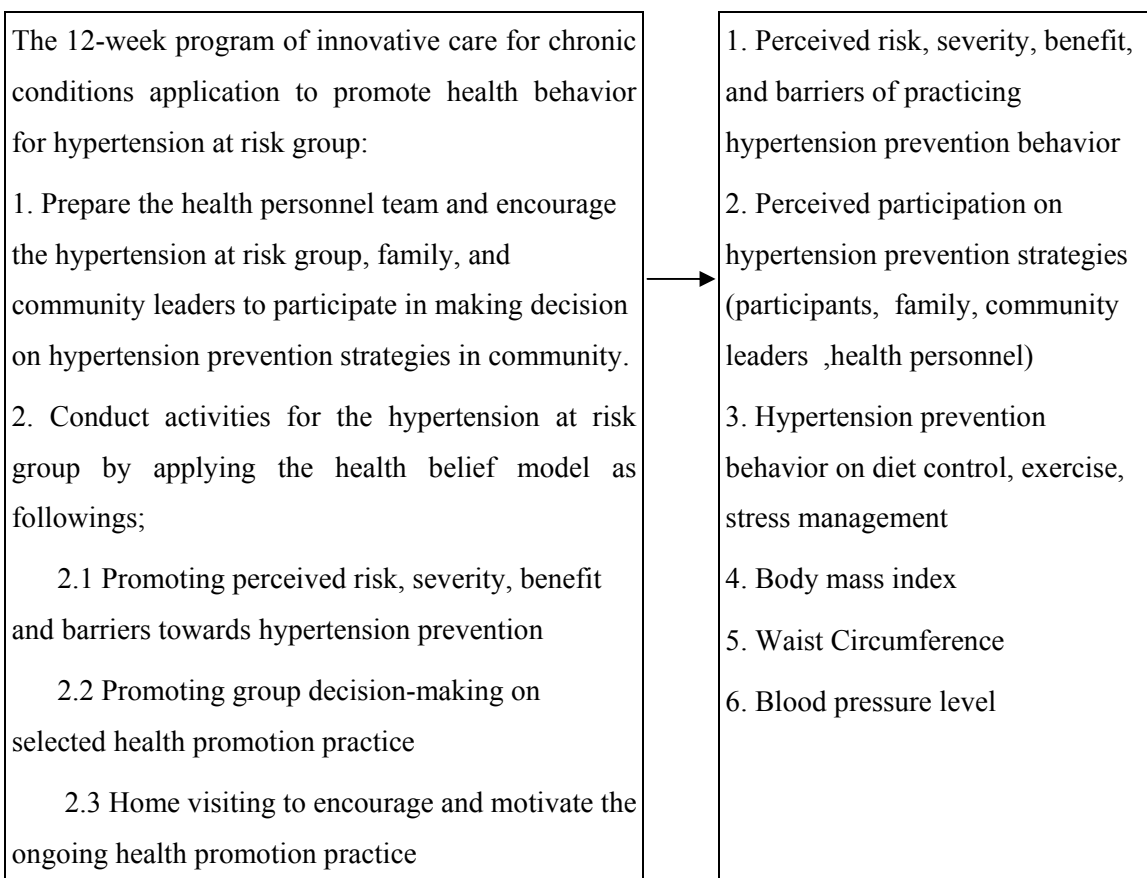
2.2 A hypertension prevention handbook and a health status record form.

**3. Health status assessment tools:** these tools include a weight scale, height scale chart, sphygmomanometer, stethoscope, and a waist circumference measured tape.

### Conceptual Framework

#### Independent Variables

#### Dependent Variables



## **Research Procedures**

### **1. Preparation Phase**

The researcher prepared the academic contents, community data, and community environment, as well as making collaboration with the director of the health care services, community leaders, and research assistants

- Collecting data of the risk group aged 35-59 years old from the 2009 hypertension screening project, the 55<sup>th</sup> Health Center (Techasumpan). An interview was done to assess current situation of diet consumption, exercise, and stress management in community.

- Examining routine hypertension prevention activities which was provided by community nurse compared to the innovative care for chronic conditions framework.

- Collect information from community stakeholders regarding knowledge, perceived risk, severity, benefits, barriers, and level of participation on hypertension prevention in community.

- Manage an A-I-C activity by inviting health personnel, community leaders, health volunteers, and the risk group and their family to participate community health situation. The researcher provided health information regarding hypertension risks, then, raised participation on creating a community health action plan on hypertension prevention.

### **2. Intervention Phase**

This 12-weeks intervention started with the program information for all participants. The information includes objectives of the study, intervention process, and pretest data collection.

**Week 1-4** Providing health information to motivate and raise participation by giving information of hypertension risk and health risk assessment, skills training on arranging food choice, blood pressure assessment, BMI calculation, waist circumference measurement, stress management through imagination practice, muscle strength training, exercise practicing, avoid alcohol beverages and smoking.

One focus group discussion aimed for altering behavior for hypertension prevention was conducted.

**Week 4-10** Participants used the community facilities to perform health promotion behavior as desired (brisk walking). Empowerment visit by family members, community leaders, health personnel, and the researcher were done to encourage and support for continuing the desired health promotion behaviors.

**Week 11-12** All participants performed their daily activity as they desired.

**Week 12** Collect the posttest data.

### **Data Analysis**

Data were analyzed to examine frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Paired t-test and independent t-test were employed to compare study variables at pretest and posttest, and then, within and between groups.

## **Results**

### **Demographic Characteristics**

The majority of the experimental and the comparison group are females (83.3% and 80.0 %, respectively), with the average age of 49.0 and 48.07 years old, respectively. Most of the samples were married (63.3% and 60.0%, respectively), completed primary school (70.0% and 53.3%, respectively). Most participants in the experimental did not work (house keeping) but 40.0% of the comparison group were employee. Most family structured was married and living with their offspring, both the experimental group and the comparison group (46.7% and 33.3%, respectively).

### **Comparisons between studied variables as the results of the innovative care for chronic conditions framework application to promote health behavior in hypertension at risk group**

Comparison between pretest and posttest mean scores in the experimental group, the results reveal higher mean scores of perception on risk, severity, benefits, and barriers related to hypertension prevention (p-value <0.001). The experimental

group also had higher mean scores of themselves, family members, community leaders, and health personnel participation (p-value < 0.001) as well as the health promotion behaviors (diet control, exercise and stress management) to prevent hypertension (p-value < 0.001). The body mass index (BMI), waist circumference, and blood pressure level (SBP & DBP) mean scores of the experimental group at posttest reveal better outcomes than those of the pretest (p-value = 0.007, 0.023, <0.001, and 0.004, respectively).

Comparison between the experimental and the comparison groups, the posttest results indicate higher mean score in the experimental group than the comparison group in perceptions on risk, severity, benefits, and barriers related to hypertension prevention (p-value <0.05). The experimental group also had higher mean scores of themselves, family members, community leaders, and health personnel participation on health promotion behaviors (diet control, exercise and stress management) to prevent hypertension than the comparison group (p-value < 0.001), as well as the health promotion behaviors (diet control, exercise and stress management) to prevent hypertension (p-value < 0.001). For the health status variables, the experimental group reveals better waist circumference and blood pressure level than those in the comparison group (p< 0.05) but no statistical difference on BMI (p-value = 0.398).

**Table 1 Mean comparison within group, between the experimental and comparison groups**

Variables	n	Pretest		Posttest (Week 12)		t, df, p-value (inside group)
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>Perceived risk on Hypertension</b>						
Experimental	30	3.24	2.07	3.61	1.65	2.69; 29; < 0.001
Comparison	30	2.23	2.86	3.07	2.31	2.04; 29; 0.051
t, df, p-value (between groups)		0.10; 58; 0.918		5.14; 58; < 0.001		
<b>Perceived severity on Hypertension</b>						
Experimental	30	3.06	2.60	3.55	2.08	3.77; 29; <0.001
Comparison	30	3.17	2.37	3.17	2.74	0.00; 29; 1.000
t, df, p-value (between groups)		0.83; 58; 0.409		3.02; 58; 0.004		
<b>Perceived benefits on practice preventing Hypertension</b>						
Experimental	30	3.43	1.95	3.67	1.52	3.99; 29; < 0.001
Comparison	30	3.34	2.41	3.25	2.52	0.88; 29; 0.388
t, df, p-value (between groups)		0.88; 58; 0.381		3.91; 58; < 0.001		
<b>Perceived barriers on practice preventing Hypertension</b>						
Experimental	30	2.40	2.97	2.83	1.66	4.95; 29; < 0.001
Comparison	30	2.37	2.73	2.29	2.19	0.90; 29; 0.376
t, df, p-value (between groups)		0.27; 58; 0.787		5.32; 58; < 0.001		

**Table 2** Mean comparison within group, between the experimented and comparison groups

Variables	n	Pretest		Posttest (Week 12)		t, df, p-value (inside group)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>Perceived on self-participation on practice preventing Hypertension</b>						
Experimented	30	1.76	1.62	3.07	1.03	11.98; 29; <0.001
Comparison	30	1.84	1.38	1.97	1.27	1.04; 29; 0.309
t, df, p-value (between groups)		0.69; 58; 0.495		11.06; 58; < 0.001		
<b>Perceived on family participation on practice preventing Hypertension</b>						
Experimented	30	2.60	3.38	3.19	2.06	5.59; 29; <0.001
Comparison	30	2.85	2.37	2.69	1.59	1.80; 29; 0.082
t, df, p-value (between groups)		1.63; 58; 0.108		5.26; 58; < 0.001		
<b>Perceived on community core leader participation on practice preventing Hypertension</b>						
Experimented	30	3.07	3.24	3.67	1.56	5.79; 29; <0.001
Comparison	30	2.91	2.27	2.93	1.83	0.18; 29; 0.860
t, df, p-value (between groups)		1.06; 58; 0.298		8.36; 58; < 0.001		
<b>Perceived on health officer participation on practice preventing Hypertension</b>						
Experimented	30	3.21	1.96	3.74	1.04	4.12; 29; <0.001
Comparison	30	3.03	1.63	3.04	1.20	0.22; 29; 0.831
t, df, p-value (between groups)		1.15; 58; 0.256		7.26; 58; < 0.001		

**Table 3** Mean comparison within group, between the experimented and comparison groups

Variables	n	Pretest		Posttest (Week 12)		t, df, p-value (inside group)
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>Behavior on practice preventing Hypertension regarding diet control</b>						
Experimented	30	2.79	3.74	3.62	2.51	6.98; 29; <0.001
Comparison	30	2.65	3.10	2.68	2.85	0.24; 29; 0.815
t, df, p-value (between groups)		0.79; 58; 0.433		6.78; 58; < 0.001		
<b>Behavior on practice preventing Hypertension regarding exercise</b>						
Experimented	30	3.55	2.19	4.32	0.96	3.92; 29; <0.001
Comparison	30	3.58	2.00	3.45	2.16	1.61; 29; 0.118
t, df, p-value (between groups)		0.12; 58; 0.902		4.02; 58; < 0.001		
<b>Behavior on practice preventing Hypertension regarding stress management</b>						
Experimented	30	2.53	2.79	3.10	1.70	5.75; 29; <0.001
Comparison	30	2.57	2.56	2.71	1.72	1.40; 29; 0.171
t, df, p-value (between groups)		0.34; 58; 0.737		4.39; 58; < 0.001		

**Table 4** Mean comparison within group, between the experimented and comparison groups

Variables	n	Pretest		Posttest (Week 12)		t, df, p-value (inside group)
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
<b>BMI</b>						
Experimented	30	25.73	4.50	25.33	4.36	2.88; 29; 0.007
Comparison	30	26.03	4.76	26.35	4.92	3.28; 29; 0.003
t, df, p-value (between groups)		0.25; 58; 0.803		0.85; 58; 0.398		
<b>Waist Circumference</b>						
Experimented	30	89.92	12.62	89.69	12.62	2.39; 29; 0.023
Comparison	30	84.28	7.21	84.35	7.26	1.49; 29; 0.148
t, df, p-value (between groups)		2.13; 58; 0.037		2.02; 58; 0.048		
<b>SBP Level</b>						
Experimented	30	129.73	6.12	123.27	4.68	6.08; 29; <0.001
Comparison	30	129.13	5.93	130.77	5.32	1.38; 29; 0.179
t, df, p-value (between groups)		0.39; 58; 0.701		5.80; 58; < 0.001		
<b>DBP Level</b>						
Experimented	30	84.07	4.06	80.73	3.99	3.16; 29; 0.004
Comparison	30	83.60	4.45	84.30	4.05	0.90; 29; 0.378
t, df, p-value (between groups)		0.42; 58; 0.673		3.44; 58; < 0.001		

## Discussion

The study results are most accepted the research hypotheses. The innovative care for chronic conditions applied together with interactive and collaboration among community members and health personnel could promote good health behaviors (WHO, 2002; Epping-Jordan, 2005). All key persons in community raised awareness and perceived risk behaviors which could lead to hypertension, as well as perceived ability to perform hypertension prevention behavior together with perceived participation from people, family members, community leaders, and local health personnel. These results are congruent to Boonchoo Leamthong (2010) study, where the experimental group gained knowledge about hypertension, could control diet consumption, and choose their preferred exercise to practice. The study also congruent to Oranuch Pongsomboon (2009) study which the samples perceived risk and severity of hypertension from a video, then, they increased hypertension prevention behaviors. Another study, Jirapong Jariyatanakul (2012) found that the study sample perceived more benefits and barriers of hypertension prevention practice but no behavior was examined. In addition, home visit by the researcher could encourage selected health behaviors as well as support from family members, community leaders, and health personnel could promote individual's continuous health promotion behaviors.

The A-I-C process reveals that participation since at the beginning could enhance community members' perception on health hazard and problems from high blood pressure. Suvara Limsodsai (2005) used the A-I-C process to find, solving problems and to choose the plan into action and evaluate, the community to participate in the conference so that the project has been further continued. Supaporn Niyomsuan (2008) also enhanced health personnel and community member to develop self-screening form for high blood pressure risk behaviors to use in a community. The A-I-C forum was conducted to analyze the problem then they set goals, action plan, and evaluation. The result of community participation was better than the pretest.

## **Recommendations from the Study Results**

1. Public health nurses could develop skills of working with community participation by applying the innovative care for chronic conditions on routine health promotion behavior projects.

2. The researcher found that clearly identified role for responsible people in community could raise participation on hypertension prevention behavior. Therefore, community member participating in any voluntary task should be assign their clearly roles.

3. Public policy is needed for developing any health promotion strategy. In addition, community network with health care personnel and other local administrative organizations should be determined.

## **Recommendations for further studies**

1. The innovation care for chronic conditions should be applied for other health problems, such as, diabetes risk group.

2. This study focused on family and community levels. Therefore, further study should be expanded level to local administration organization.

3. Future study should examine duration of project activity to determine time of empowerment and support to maintain the target health promotion behavior.

## **Research Limitations**

All research activities were conducted in the evening after official work hours to serve participants' available to participate in the community program. Therefore, health care service administrators might consider including these strategies into routine work and the compensation for non-official hour work in community.

## รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการดูแลเบื้องต้น เรื่องโรคความดันโลหิตสูง*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี : เอ เทคดิง แอนด์ เซอร์วิส.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แนวปฏิบัติการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- \_\_\_\_\_. (2556). *พฤติกรรมกรบริโภค หวาน มัน เค็ม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). แอลกอฮอล์คืออะไร. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2553 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/news/view.asp?id=964>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). การบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2555 จาก <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/ms/Nutrition4wtControl.Pdf>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). *แผนกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลกองสาธารณสุขภูมิภาค*. เอกสารอัดสำเนา.
- \_\_\_\_\_. (2552). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- \_\_\_\_\_. (2553). *แนวทางการดำเนินงาน “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว* เนื่องในโอกาสที่จะทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา 5 ธันวาคม 2554. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- การคลายเครียดในภาวะที่มีความเครียดสูง. *นิตยสารเกษตรศาสตร์*, 3(10) พฤศจิกายน 2546. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธ.ค. 2552 จาก <http://www.ku.ac.th/e-magazine>.
- การจัดการความเครียด. *นิตยสารเกษตรศาสตร์*, 3(10) ตุลาคม 2546 สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธ.ค. 2552 จาก <http://www.ku.ac.th/e-magazine>.
- กันต์ เขียวรุ่งโรจน์. (บรรณาธิการ). (2550). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา. (2549). ผลของ โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จริยา วิรุฬราช. (2551). โรคความดันโลหิตสูง: การให้ความรู้สู่การปฏิบัติ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 22 (3), 97-103.
- จิตตินิ จันทธนา. (2547). การประเมินสุขภาพวัยทำงาน: ใน สุธรรม นันทมงคลชัย และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ (บรรณาธิการ), เทคนิคการทำงานอนามัยครอบครัวในชุมชน, กรุงเทพมหานคร: วิทยุการปก.
- จิรพงษ์ จริยชนกุล. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จิตราภรณ์ ชูวี. (2547). ผลของการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วและการเดินแอโรบิคต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจริญลาภ อุทานปทุมรส. (2550). วัดความดันโลหิตอย่างไรให้ถูกต้อง. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ก.ค. 2553. จาก <http://www.thaiheartclinic.com/PDF/BPmeasurement2.pdf>
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4. (พิมพ์ครั้งที่ 3), กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา วิชาศิริ. (2553). สูบบุหรี่เป็นโรคด้วยหรือ. จุลสารเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 4 (3), 7.
- ฉวีวรรณ บุญสุยา, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, ฉันทนาрі เอมยงค์ และพิมพ์ประภา สุขทรศนีย์. (2551). ผลการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ชนินทร์ เจริญกุล. (2553). การพัฒนาอนามัยชุมชนแบบเบ็ดเสร็จ. (ปรับปรุงพิมพ์ครั้งที่ 7). นครราชสีมา: วิโรจน์.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และดวงกมล จันทรมิติด. (2542). สุขศึกษากับโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- ชวลีพร เชาว์นัเมธากิจ (2550). *คู่มือการดูแลตนเอง: โรคเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และกันยา ปาละวิวัฒน์. (2536). *สรีรวิทยาการออกกำลังกาย*. กรุงเทพมหานคร: เทพรัตน์การพิมพ์.
- ฐิติมา ชูแพทย์. (2542). *การให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรแก่ผู้ป่วยเดินได้โรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลไชยา*. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐิติมา อินทร์เนตร. (2553). *การพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน เทียงสันเทียะ. (2543). *การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดารณี อุทัยรัตนกิจ. (2545). *โครงการการฝึกทักษะการจัดการกับความเครียด*. กรุงเทพมหานคร: เดอะมาสเตอร์กรุ๊ป แมเนจमेंท์.
- ดิเรก ขำแป้น. (2550). *รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบองค์รวมของหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดพิจิตร*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1 (3-4) (ฉบับเสริม 2), 301-304.
- ทวี เชื้อสุวรรณทวี. (2551). *การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน : ความหลากหลายแห่งมิติและนัยยะ*. *วารสารวิทยาลัยราชสุดา*, 4 (1), 39-57.
- ทัศนีย์ รวีวรกุล. (2553). *ความรู้เรื่องบุหรี่*. ใน สุรินธร กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล (บรรณาธิการ), *พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: มณีสฟิล์ม.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชชัช ภาสุรกุล. (2552). *สถิติโรคความดันโลหิตสูง*. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์, 1 ตุลาคม 2552.
- ธัญรัตน์ ตันตักฤติยา. (2548). *อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

- นวรรตน์ เพ็ชรเจริญ และสาลินี เซ็นเสถียร. (บรรณาธิการ). (2551). รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- นาตญา พแดนนอก. (2551). ผลของการใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิคเอไอซีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการออกกำลังกาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภา จรูญเวสม์. (2548). โรคความดันโลหิตสูง-เหตุความสึ่วไลซ์. ใน สมชัย บวรกิตติ (บรรณาธิการ), *โรคเหตุความสึ่วไลซ์*, กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- นิรชา ปานทอง. (2549). การพัฒนาการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ 2 ตำบลถนนใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- บังอร เจริญผล. (2542). การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญชู เหลื่อมทอง. (2553). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2554). ความดันโลหิตสูงต้องเลิกบุหรี่. *จุลสารเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ*, 4(2), 13.
- \_\_\_\_\_. (2554). การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคได้อย่างไร. *วารสารเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ*, 5(1), 11-12.
- ปราณี ทองพิลา. (2542). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยนุช รัชพันธ์. (2542). โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว การทบทวนความรู้ กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ปยุตย์วีร์ ประเสริฐไทย. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายความหนักปานกลางต่อระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- ปริญญช ไข่มวงส์. (2546). Life Style Modification and DASH Diet. ในพีระ บูรณะกิจเจริญ (บรรณาธิการ), *ความดันโลหิตสูงทันยุค* (หน้า 63-72). กรุงเทพมหานคร: แซด.อี.เอ็น.
- ปวีณา บุญเกิด. (2553). *ผลของการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนของภาคีสุขภาพต่อผลลัพธ์การควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปัญญา จิตต์พลุกุศล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมแรงดันเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2 (3) (ฉบับเสริม 6), 1336-1343.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.
- พจนีย์ พูลเจริญ. *กึ่งกำหนดลมหายใจ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2552 จาก <http://www.dss.go.th>.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2553). *ศูนย์บริการสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2553 จาก <http://rirs3.royin.go.th/dictionary.asp>
- พระวี เต็งอำนวยการ. (2553). *การออกกำลังกาย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553 จาก <http://med.tu.ac.th/rm/download/chapter2.pdf>.
- พิชามณูช ภูเจริญ. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- พินิจ กุลละวณิชย์. (2547). *หลักโรคร้ายด้วยการออกกำลังกายและพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- พิมพ์สุภาว จันทนะโสตร์, ทศนีย์ รวีวรกุล, วิมลรัตน์ บุญเสถียร, นภาพร โสวัฒนางกูร, พรเทพ ฤทธิดี และสุรพันธ์ วิชิตนาค. (2552). *นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และการดูแลตนเอง และพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน*. รายงานวิจัย วช.
- พีระ บูรณะกิจเจริญ. (2549). *คู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โนวาร์ติส (ประเทศไทย) จำกัด.
- \_\_\_\_\_. (2552). *สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2552 จาก <http://www.si.mahidol.ac.th>

- \_\_\_\_\_. (2553). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2553 จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=47>.
- พึงใจ งามอุโฆษ. (2541). *ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 2: ความดันโลหิตสูง*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชัน.
- เพ็ญศรี สุพิมล. (2552). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี อำเภอส่องดาว จังหวัดสกลนคร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มงคล แผงสาเคน. (2549). *การออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อสุขภาพและกีฬา*. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2553). *ชนิดของการออกกำลังกาย* สืบค้นเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2553 จาก <http://www.swu.ac.th/royal/book6/b6c6t4.html>
- รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ. (2549). *การศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราช*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- รัชนี สรรเสริญ, เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ, วรรณรัตน์ ลาวัณ, ชูดี รอดจากภัย, รจนา ปุณโณทก และ ชูติมา ฉันทมิตร โอภาส. (2551). *ถอดบทเรียนการจัดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในสถานบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน*. นนทบุรี: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2550). *นโยบายสาธารณะ*. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันชรัถยาวงศ์. (2549). *สาระทบทวน การพยาบาลผู้ใหญ่ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 30). กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2539). *กองทุนส่งเสริมสุขภาพ: ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประชาชนไทย*. *วารสารสุขศึกษา*, 19, 38-43.
- ลักขณา สิริวัฒน์. (2549). *จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้งเฮาส์.
- ลัดดา คำการเลิศ. (2553). *การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วรลักษณ์ คงหนู. (2542). *มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลวัยทำงาน จังหวัดสระบุรี*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วรรณภา นามประเสริฐ. (2553). *ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีมาดา. (2543). *เคล็ดลับในการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์ 4*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิภาวรรณ จรรย์สุกรินทร์. (2544). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิโรจน์ เจริญจรัสศรี. (2551). *ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(1), 82-90.
- วิไล พัววิไล. (2552). *ที่มา : แพทย์เตือนระวัง “ความดันโลหิตสูง” หัวขบวนแห่งโรคร้าย หนังสือพิมพ์พิมพ์ไทย ฉบับวันที่ 12 ธันวาคม 2552 สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2552 จาก <http://www.thaihealth.or.th/node/4457>*.
- วิไลวรรณ ตรีถิน. (2548). *ความดันโลหิตสูง: การป้องกัน และการดูแล*. *วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 8(16), 38-44.
- วีรนุช รอบสันติสุข และพีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. ใน วันชัย เศษสมฤทธิฤทัย, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2552*. (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 43-54). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- วันเพ็ญ จาริยะศิลป์. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัลลภ ไทยเหนือ. (2550). *สถิติโรคความดันโลหิตสูง*. *ผู้จัดการออนไลน์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 กันยายน 2550 จาก <http://www.manager.co.th/home/>.
- วัลลภา ทองน้อย. (2554). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศิริพร เกษชนัง. (2552). *การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร สมบูรณ์. (2552). *ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรัญญา คล้ายสกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมการกักกันพฤติกรรมร่วมกับการปฏิบัติโยคะต่อความดันโลหิต และค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2548). *ผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2552). *คู่มือหน่วยบริการปฐมภูมิ: การจัดการเบาหวานแบบบูรณาการ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*, (พิมพ์ครั้งที่ 13), กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- \_\_\_\_\_. (2544). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2544). *การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 14), กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์กักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สมใจ วินิจกุล. (2550). *อนามัยชุมชน กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา*. (พิมพ์ครั้งที่ 3 ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ฟีนีฟับบลิชซิ่ง.
- สมบัติ กาญจนกิจ. (2541). *พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2544). *ขามี่คลดความดันโลหิต, ใน* *วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรม: คำนี้นหาซื้อยา พ.ศ. 2544* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 440-452). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2549). *อิริยาบถ ออกกำลังกาย กับ โรคความดันโลหิตสูง*. มติชน ฉบับวันที่ 18 พฤษภาคม 2549. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2552 จาก <http://www.matichon.co.th>
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). *แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2551*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2553 จาก <http://www.thaihypertension.org/2008guideline.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2555). *แนวทางการรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2556 จาก [http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n\\_id=216](http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=216)
- สิทธิณัฐ ประพุทธนิติสาร. (2545). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: แนวคิดและแนวปฏิบัติ (Participatory Action Research: Concept and practice)*. เชียงใหม่: วนิดาเพรส.
- สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2550). *ความดันโลหิตสูง: แนวทางการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การศึกษาและการดูแลตนเอง*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 21(2), 79-90.
- สุรณี พรหมแสง. (2548). *การรณรงค์เพื่อการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู*. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี.
- สุรินทร์ กลัมพากร. (2545). *เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ การศึกษาและการนำไปใช้ด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชัยญา วงษ์เพ็ง. (2542). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยา

- ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาภรณ์ นิยมสรวย. (2551). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมณฑา สิทธิพงศ์ และชื่นชม เจริญยุทธ. (2539). การศึกษากิจกรรมพยาบาลอนามัยชุมชนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 1(1), 37-46.
- สุเทพ เพชรมาศ. (2553). *ออกดวาทาร์เตอร์ (Ottawa charter)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2553 จาก [http://hpc5.anamai.moph.go.th/page/km/page/lo/องค์กรแห่งการเรียนรู้\(๖\).pdf](http://hpc5.anamai.moph.go.th/page/km/page/lo/องค์กรแห่งการเรียนรู้(๖).pdf)
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2541). *วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2544). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สุวรรณีย์ ลิ้มปัสสโก. (2548). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *วิธีเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2553 จาก [http://www.thaiantitobacco.com/cms/menu/submenu/inc\\_submenu/4/42](http://www.thaiantitobacco.com/cms/menu/submenu/inc_submenu/4/42).
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). *โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มิถุนายน 2552 จาก <http://www.thaihealth.or.th/tag>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2553). *การมีส่วนร่วม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2553 จาก [http://www.opdc.go.th/content.php?menu\\_id=5&content\\_id=708](http://www.opdc.go.th/content.php?menu_id=5&content_id=708)
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- สำนักงานแพทยทหาร. (2553). *ดัชนีมวลกาย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กันยายน 2553 จาก <http://medo.rtarf.mi.th/index.php>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2547). *การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร*. กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2541). *การสำรวจสภาวะสุขภาพ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540*. มปท. มปพ.: 176-180.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550ก). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2547-2550*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2550ข). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการดูแลเบื้องต้น เรื่อง โรคความดันโลหิตสูง*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: เอ เทคคิง แอนด์ เซอร์วิส.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวปฏิบัติบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มวัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถิติประชากรโลก. สืบค้นเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2552 จาก [http://en.wikipedia.org/wiki/World\\_population](http://en.wikipedia.org/wiki/World_population)
- เสาวนีย์ สีสองสม. (2541). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บ้านกิ้วพร้าว อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หทัย ชิตานนท์. (2541). *การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่*. ปาฐกถา ในการประชุมวิชาการประจำปีของทันตแพทยสมาคม ณ ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ วันที่ 17 กรกฎาคม 2541. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2553 จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/213/21311.html>
- อนุชา นิลอยู่. (2542). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรนุช พงษ์สมบูรณ์. (2552). *โปรแกรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปฐมภูมิในชุมชนจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อรพินท์ กายโรจน์. (2543). การรับรู้สมรรถนะของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของหญิงวัยกลางคนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสงขลานครินทร์*, 20(2), 139-152.
- อรรถพงษ์ เพ็ชรสุวรรณ. (2552). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาผู้มารับบริการทางการแพทย์เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี ศรีสวัสดิ์. (2543). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาภา ยังประดิษฐ์ และกาญจนา อนุตริยะ. (2552). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนเมืองให้เป็นชุมชนแข็งแรง: กรณีศึกษาชุมชนในเขตบางกอกใหญ่. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 23 (2), 79-93.
- อาภาพร ฝ่าวัฒนา, ภูษิตา อินทรประสงค์, วันเพ็ญ แก้วปาน และปาหนัน พิษยถิญโญ. (2552). การศึกษาองค์ความรู้และรูปแบบกิจกรรมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด). กรุงเทพมหานคร: โนเบิล.
- อาหารโซเดียมสูง. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มิถุนายน 2553 จาก <http://www.gourmetthai.com/newsite/healthcare/health>.
- อุดมลักษณ์ จำสัดย์. (2550). ผลลัพธ์ของการพัฒนาความสามารถแห่งตนในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัยบูรพา.
- อดุลย์ บัณฑุกุล. (2552). *คู่มือโรคเรื้อรัง*. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทางด้านชีวเวชศาสตร์ฯ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.
- อัญชลี ศรีสวัสดิ์. (2543). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตในพนักงานขับรถโดยสารประจำทาง องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- American College of Sports Medicine. (1998). *Guideline for exercise testing and prescription*. Baltimore: Williams & Wikins.
- \_\_\_\_\_. (2000). *ACSM's guideline for exercise testing and prescription*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Baeza, J., Bailie, R., & Lewis, J. M. (2009). Care for chronic conditions for indigenous Australians: Key informants' perspectives on policy. *Health Policy, 92*, 211-217.
- Blood Pressure Screening Enrollment and Monitoring Form for Adults 18 years and older. Retrieved March 11, 2011, from [http://www.champsonline.info/images/stories/downloadable\\_forms/Blood%20Pressure%20Screening%20Form%2005.08.07.pdf](http://www.champsonline.info/images/stories/downloadable_forms/Blood%20Pressure%20Screening%20Form%2005.08.07.pdf)
- Bosworth, H. B., Olsen M. K., Neary, A., Orr, M., Grubber, J., Svetkey, L., et al. (2008). Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *NIH Public Access, 70*(3), 338-347.
- Cappuccio, F. P., Kerry, S. M., Micah, F. B., Rhule, J. P., & Eastwood, J. B. (2006). A community programme to reduce salt intake and blood pressure in Ghana. *Biomedical Central of Public Health, 6*(13), 1-11.
- Castaneda, C. (2002). A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adult with type 2 diabetes. *Diabetes Care, 25*(12), 2335-2341.
- Chobanian, A. Z., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman. W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jr., et al. (2003). Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (Electronic version). *Hypertension, 42*, 1206-1252.
- Claude Lenfant, Aram V. Chobanian, Daniel W. Jones; Edward J. Roccella. (2003). *Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)*. American Heart Association, 41, 1178-1179.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences*. 2<sup>nd</sup> ed. Lawrence. Erlbaum Associated, Inc. Hillsdale, New Jersey USA.
- Cohen J. M.; Uphoff T. (1980). *Participation's Place in rural Development: Seeking Charity Through Specificity*. *World Development, 8*(5), 213-235.

- Davey G.; Burriddg E., (2009). Community-Based Control of a Neglected Tropical Disease: The Mossy Foot Treatment and Prevention Association. *Plos Neglected Tropical Disease*. 3(5): e424.
- Epping-Jordan J E, Pruitt S D, Bengoa R, Wagner E H. (2010). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*. 13: 299-305.
- Epping-Jordan J E, Pruitt S D, Bengoa R, Wagner E H. (2010). *Improving the quality of health care for chronic conditions*. Downloaded from qshc.bmj.com on June 18, 2010. Published by group.bmj.com
- Foster C., Porcari, J. P., Anderson, J., Paulson, M., Smaczny, D., Webber, H., Doberstein S. T., Udermann, B. (2008). The Talk Test as a marker of Exercise Training Intensity. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28(1), 24-30.
- Glick M. (1998). *New Guidelines for prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure*. JADA, 129:1588-1594.
- Herman W. W., Konzelman J. L. Jr, Prisant L. M. (2004). Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. New national guidelines on hypertension: a summary for dentistry. *The Journal of the American Dental Association*. 135(5), 576-584.
- Homby A. S., Wehmeier S., Ashby M. (2000). *Oxford advanced learner's dictionary of current English*. 6<sup>th</sup> ed. Oxford: Oxford University.
- Joint National Committee. (2003). The seven report of the joint national committee On prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. : The JNC 7 report. *Journal of the American Medical Association*, 289, 2560-2572.
- Kazuko Ishikawa-Takata, Toshiki Ohta and Hirofumi Tanaka. (2003). How Much Exercise Is Required To Reduce Blood Pressure in Essential Hypertensive: A Dose-Response Study. *American Journal of Hypertension*, 16, 629-633.
- Korhonen M., Kastarinen M., Uusitupa M., Puska P. and Nissinen A. (2003). The effect of Intensified Diet Counseling on the Diet of Hypertensive Subjects in Primary Health Care: A 2 Year Open Randomized Controlled Trial of Lifestyle Intervention against Hypertension in Eastern Finland. *Preventive Medicine*, 36, 8-16.

- Lazarou C.& Kouta, C. (2008). Nutrition approaches in tackling hypertension. *British Journal of Community Nursing*, 13(9), 423-428.
- Lee L. L., Arthur A.; Avis M., (2007). Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*. 44(2), 160-166.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2004). *Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. Retrieved June 10, 2010, from [http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new\\_dash.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/dash/new_dash.pdf).
- Mayo Clinic staff. (2010). *Lifestyle and home remedies*. Retrieved July 7, 2010, from <http://www.mayoclinic.com/health/high-blood-pressure/DS00100/DSECTION=lifestyle-and-home-remedies>.
- Monahan F. D., and Neighbors M. (1998). Practice guideline AHA release statement on exercise and heart failure. *American family physician*, 68(5) 969-970.
- Mughal E. M. Alvi I.A., Akhund I. A., Ansari A. K. (2001). The effects of aerobics exercise training on resting blood pressure in hypertensive patients. *Journal of Parkistan Medical Association*, 51(61), 222-226.
- Nateecha Pinyakul. (2003). *Application of the Protection Motivation Theory on low back pain prevention postal parcel worker*. The degree of master of science (Public Health) Major in public health Nursing Faculty of graduate studies Mahidol University.
- Norman, J. F., Kracl, J., Parker, D. & Richter, A. (2002). Comparison of the counting talk test and heart rate reserve methods for estimating exercise intensity in healthy young adults. *An International Electronic Journal*, 5(1), 15-22.
- Pan American Health Organization. (2007). Retrieved July 7, 2010, from [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=1199&Itemid=852](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1199&Itemid=852)
- Pender, N.J., (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. 3<sup>th</sup> ed. Norwalk Connecticut: Appieton & Lange.
- Phipps W. J, Sand J. K., and Marek J. F. (1999). *Medical-surgical nursing: Concept & Clinical practice*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis Mosby.
- Polit D. F. and Hungler B. P., (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

- Prochazka A. V. (2000). *New Development Smoking Cessation*. Chest, 169s-174s.
- Rahmouni K.; Correia M.L.G.; Haynes W. G.; Mark A. L. (2005). Obesity-Associated Hypertension New Insights In to Mechanisms. *American Heart Association*, 45: 9-14.
- Saptharishi L. G., Soudarssanane M. B., Thiruselvakumar D., Navasakthi D., Mathanraj S., Karthigeyan M., and Sahai A. (2009). Community-based Randomized Controlled Trial of Non-pharmacological Interventions in Prevention and Control of Hypertension among Young Adults. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(4). 329-334.
- Sigal R. J., Kenny G. P., Wasserman D. H., & Castaneda-Sceppa C. (2004). Physical Activity/ Exercise and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 27(10), 2518-2539.
- Takata K.I., Ohta T. & Tanaka H. (2003). How much exercise is required to reduce blood pressure in essential hypertensive's: A dose-response study. *The American Journal of Hypertension*, 16(8): 629-633.
- Tan C. E., Ma S., Wai, D., Chew S. K. & Tai E. S. (2004) Can we apply the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel Definition of the metabolic syndrome to Asians?. *Diabetes Care*, 27(5): 1782-1786.
- Tonstad S., Alm C. S., Sandvik E. (2007). Effect of nurse counseling on Hypertension New Insights Into Mechanisms metabolic risk factors in patients with mild hypertension: A randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 160-164.
- Vason R. S., Larson M. G., Leip E. P., Evans J. C., O'Donnell C. J., Kannel W. B., & Levy D. (2001). Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl Med*. 345:1291-1297.
- Victor R. G., Ravenell J. E., Freeman A., Bhat D. G., Storm J. S., Shafiq M., , Knowles P., Hannan P. J., Haley R., Leonard D. (2009). A barber-based intervention for hypertension in African American men: Design of a group randomized trial. *American Heart Journal*, 157(1). 30-36.
- Wang Y. & Wang Q. J. (2004). The Prevalence of Prehypertension and Hypertension Among US Adults According to the New Joint National Committee Guidelines. *Archives of internal medicine*, 164(19) 2126-2134.

Whelton P. K., He J., Appel L. J., Cutler J. A., Havas S., Kotchen T. A., Roccella E J., Stout R., Vallbona C., Winston M. C., Karimbakas J. (2002). Primary prevention of Hypertension. Clinical and public health advisory from the nation high blood pressure education programe. *JAMA*, 288(15): 1882-1888.

World Health Organisation. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. WHO, Geneva.

World Health Organisation. (2013). World Health mediacentre. [online] 2013 [cited 2013 August 28] Available from [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world\\_health\\_day\\_20130403/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/en/)

World Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO, Geneva.

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ เสถียรนพเก้า  
ภาควิชาโภชนาวิทยา  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย  
ภาควิชาอนามัยครอบครัว  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภา ยิ่งประดิษฐ์  
วิทยาลัยพยาบาล และสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ภาคผนวก ข  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่	MUPH 2011-144
ชื่อโครงการ :	การประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร
รหัสโครงการ :	51/2554
ชื่อหัวหน้าโครงการ :	นางบุญรัตน์ พงศ์กัณธารักษ์
หน่วยงานที่สังกัด :	หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วันที่รับรอง :	9 มิถุนายน 2554
วันที่หมดอายุ :	8 มิถุนายน 2555

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเจตจำนง  
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม .....  
(รองศาสตราจารย์สุณีย์ ละกำป็น)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม .....  
(รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์



**Certificate of Approval**  
**Ethical Review Committee for Human Research**  
**Faculty of Public Health, Mahidol University**

---

COA. No. MUPH 2011-144

Protocol Title : THE INNOVATIVE CARE FOR CHRONIC CONDITIONS APPLICATION TO PROMOTE HEALTH BEHAVIOR IN HYPERTENSION RISK GROUP, BANGKOK METROPOLITAN

Protocol No. : 51/2554

Principal Investigator : Mrs. Buiyarat Pongphantarak

Affiliation : Master of Science (Public Health) Program in Public Health Nursing  
Faculty of Public Health, Mahidol University

Date of Approval : 9 June 2011

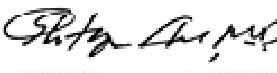
Date of Expiration : 8 June 2012

The aforementioned project and informed consent have been reviewed and approved by Ethics Committee for Human Research, according to the Declaration of Helsinki.



(Assoc. Prof. Sunee Lagampan)

Chairman of Ethical Review Committee for Human Research



(Assoc. Prof. Phitaya Charupoonphol)

Dean of Faculty of Public Health

## ภาคผนวก ก

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามผู้มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35-59 ปี  
เรื่อง

โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามก่อนการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้  
แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค  
ความดันโลหิตสูง ข้อมูลที่ได้จะนำไปประเมินผลโปรแกรมเพื่อกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาการ  
สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง  
ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 20 ข้อ

ส่วนที่ 3. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเอง  
ครอบครัว เพื่อนำชุมชน และพยาบาล และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดัน  
โลหิตสูง รวม 4 ตอน จำนวนทั้งหมด 16 ข้อ

ส่วนที่ 4. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การ  
ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และการ  
ไม่สูบบุหรี่ รวม 2 ตอน จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ

ครั้งที่.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

วัน/เดือน/ปีที่ตอบ.....

### แบบสอบถามผู้มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

#### ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม

**คำแนะนำ** โปรดเติมข้อความ หรือทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบในช่อง  หน้าข้อความที่เลือกตอบ  
ชุมชน.....แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กทม.

เพศ  1. ชาย  2. หญิง

ปัจจุบัน ท่าน อายุ .....ปี (นับเต็มปีเมื่อครบรอบวันเกิดครั้งสุดท้าย)

#### ผลการตรวจร่างกาย

ระดับความดันโลหิต ครั้งที่ 1.....มิลลิเมตรปรอท  
ครั้งที่ 2.....มิลลิเมตรปรอท

ส่วนสูง .....เซนติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม  
ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร

รอบเอว.....เซนติเมตร (วัดผ่านสะดือ)

โรคประจำตัว (ระบุ) 1..... ระยะเวลาที่เริ่มเป็น.....ปี  
2..... ระยะเวลาที่เริ่มเป็น.....ปี  
3..... ระยะเวลาที่เริ่มเป็น.....ปี

บุคคลที่ระบุว่าท่านเป็นโรคประจำตัว.....

#### 1. สถานภาพสมรส

1. โสด  2. คู่  3. หม้าย/หย่า/แยก

#### 2. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียน  2. ประถมศึกษา  
 3. มัธยมศึกษาตอนต้น  4. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช.  
 5. อนุปริญญาหรือปวส.  6. ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

## 3. อาชีพหลัก

1. แม่บ้าน                       2. รับจ้าง                       3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 4. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ    5. ว่างาน                       6. อื่นๆระบุ.....

4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่านประมาณ.....บาท/เดือน

## 5. ลักษณะของครอบครัว

1. อยู่ตัวคนเดียว                       2. อยู่กับคู่สมรส                       3. อยู่กับบุตร-หลาน  
 4. อยู่กับคู่สมรสและบุตร-หลาน                       5. อื่นๆ ระบุ.....

ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตหรือไม่

1. ไม่เคย                       2. 1 ครั้ง/ปี                       3. มากกว่า 1 ครั้ง/ปี

ข้อ	ข้อความ	ทราบ		3.ไม่ทราบ
		1.มี	2.ไม่มี	
6	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ชุมชนของท่านมีบริการตรวจวัดความดันโลหิตหรือไม่			
7	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ชุมชนของท่านมีกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนหรือไม่			
ข้อ	ข้อความ	ทราบ		3.ไม่ทราบ
		1.มี	2.ไม่มี	
8	ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ชุมชนของท่านมีกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่			
9	มีคนในชุมชนของท่านป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่			

10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการป้องกันหรือไม่

1. ไม่ได้รับ                       2. ได้รับ ระบุรายละเอียดประเภทข้อมูลข่าวสาร.....

11. ในด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ท่านคิดว่าชุมชนของท่านควรมีการรวมตัวกันเพื่อทำงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ (ถ้าตอบ 1 ข้ามไปข้อ 16)

1. ไม่ควร                       2. ควร โปรดระบุเหตุผล.....

12. จากข้อ 11 ใครเหมาะสมที่จะเป็นแกนนำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ประธานชุมชน     2. อาสาสมัครสาธารณสุข     3. เจ้าหน้าที่  
 4. อื่นๆ ระบุ.....

โปรดระบุเหตุผลที่เลือก.....

13. ในด้านการร่วมทำกิจกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ท่านคิดว่า หากชุมชนมีการร่วมทำกิจกรรมท่านคิดว่าควรเริ่มเมื่อไหร่

1. ภายใน 1 เดือน                       2. ภายใน 2 เดือน  
 3. อื่นๆ ระบุ.....

14. จากข้อ 13 ระยะเวลาที่เหมาะสม คือช่วงเวลาไหน

1. เช้า (9-12 น.)                       2. เย็น (16-18 น.)  
 3. อื่นๆ ระบุ.....

ข้อ	ข้อความถาม	คำตอบ	
		1. ไม่เข้าร่วม	2. เข้าร่วม
15	ประเภทกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านคิดว่าท่านจะเข้าร่วมด้วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 15.1 กิจกรรมเกี่ยวกับอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น กิจกรรมตลาดนัดอาหารเพื่อสุขภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง การประกวดอาหารอาหารป้องกันโรคความดันโลหิตสูง 15.2 กิจกรรมเกี่ยวกับออกกำลังกายป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น กิจกรรมกลุ่มเดินเร็ว กิจกรรมกลุ่มโยคะ 15.3 กิจกรรมอื่นๆ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เช่น กิจกรรมสวนมนต์ไหว้พระ ฟังสมาธิ		

ข้อ	ข้อความถาม	คำตอบ		
		1. ไม่ใช่	2. ใช่	
16	ท่านออกกำลังกาย <u>สม่ำเสมอ</u>			วิธีออกกำลังกาย..... สัปดาห์ละ.....ครั้งๆละ.....นาที
17	ท่านผ่อนคลายความเครียด			วิธีคลายความเครียด.....
18	ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			ชนิด ..... ปริมาณ..... ความถี่...../สัปดาห์
19	ท่านหลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธ เมื่อมีคนชักชวน ให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			<input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ
20	ท่านสูบบุหรี่			ชนิด ..... ปริมาณ..... ความถี่.....มวน
21	ท่านหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธเมื่อมีคนชักชวน ให้สูบบุหรี่			<input type="checkbox"/> สำเร็จ <input type="checkbox"/> ไม่สำเร็จ

**ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง**

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีตัวเลือกดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความมาก
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความน้อย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความเลย

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 4	เห็นด้วย 3	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง</b> 1. การรับประทานอาหารรสจัด... 2. การสูบบุหรี่-ดื่มสุราทำให้... 3. เมื่อมีความเครียด... 4. การออกกำลังกาย... 5. คนพอมก็เสี่ยง... . . . . . . . . . 20.....				

**ส่วนที่ 3** ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

**คำชี้แจง ตอนที่ 1** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อแสดงความคิดเห็นตามการรับรู้ของท่าน ในช่องข้อความที่ตรงกับกรมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีตัวเลือกดังนี้

- มีส่วนร่วมทุกครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวไม่เคยขาด
- มีส่วนร่วมเป็นส่วนมาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่ ขาด

เมื่อจำเป็นไม่เกิน 2 ครั้ง

- มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวบ้าง ไม่บ่อย
- ไม่มีส่วนร่วม หมายถึง ท่านไม่เคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเลย

คำถาม	มีส่วนร่วม ทุกครั้ง 4	มีส่วนร่วม เป็นส่วนมาก 3	มีส่วน ร่วมน้อย 2	ไม่มี ส่วนร่วม 1
1. ท่าน ร่วมออกกำลังกาย...				
2. ท่าน ร่วมกิจกรรม...				
3. ท่าน ร่วมกิจกรรม..				

**คำชี้แจง ตอนที่ 2** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อแสดงความคิดเห็นตามการรับรู้ของท่าน ในข้อ  
ข้อความที่ตรงกับกรมีส่วนร่วมของครอบครัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีตัวเลือกดังนี้

- มีส่วนร่วมทุกครั้ง หมายถึง ครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวไม่เคยขาด
- มีส่วนร่วมเป็นส่วนมาก หมายถึง ครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่ ขาดเมื่อจำเป็นไม่เกิน 2 ครั้ง
- มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง ครอบครัวท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวบ้าง ไม่บ่อย
- ไม่มีส่วนร่วม หมายถึง ครอบครัวท่านไม่เคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเลย

คำถาม	มีส่วนร่วม ทุกครั้ง 4	มีส่วนร่วม เป็นส่วนมาก 3	มีส่วน ร่วมน้อย 2	ไม่มี ส่วนร่วม 1
4. สมาชิกในครอบครัวของท่าน...				
5. สมาชิกในครอบครัวของท่าน...				
6. ครอบครัวของท่าน...				
7. ครอบครัวของท่าน...				
8. ครอบครัวของท่าน...				

**คำชี้แจง ตอนที่ 3** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อแสดงความคิดเห็นตามการรับรู้ของท่าน ในช่องข้อความที่ตรงกับกรมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีตัวเลือกดังนี้

- มีส่วนร่วมทุกครั้ง หมายถึง แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวไม่เคยขาด
- มีส่วนร่วมเป็นส่วนมาก หมายถึง แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่ ขาดเมื่อจำเป็นไม่เกิน 2 ครั้ง
- มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวบ้าง ไม่บ่อย
- ไม่มีส่วนร่วม หมายถึง แกนนำชุมชนไม่เคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเลย

คำถาม	มีส่วนร่วม ทุกครั้ง 4	มีส่วนร่วม เป็นส่วนมาก 3	มีส่วน ร่วมน้อย 2	ไม่มี ส่วนร่วม 1
9. ประธานชุมชน ...				
10. ประธานชุมชน...				
11. อาสาสมัครสาธารณสุข...				
12. อาสาสมัครสาธารณสุข...				
13. ในกรณีสงสัยว่า...				

**คำชี้แจง ตอนที่ 4** โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อแสดงความคิดเห็นตามการรับรู้ของท่าน ในช่องข้อความที่ตรงกับกรมีส่วนร่วมของพยาบาล และ/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยมีตัวเลือกดังนี้

- มีส่วนร่วมทุกครั้ง หมายถึง พยาบาล และ/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ไม่เคยขาด
- มีส่วนร่วมเป็นส่วนมาก หมายถึง พยาบาล และ/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่ ขาดเมื่อจำเป็นไม่เกิน 2 ครั้ง
- มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง พยาบาล และ/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวบ้าง ไม่บ่อย
- ไม่มีส่วนร่วม หมายถึง พยาบาล และ/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวเลย

คำถาม	มีส่วนร่วม ทุกครั้ง 4	มีส่วนร่วม เป็นส่วนมาก 3	มีส่วนร่วม น้อย 2	ไม่มี ส่วนร่วม 1
14. พยาบาล และ...				
15. พยาบาล และ...				
16. พยาบาล และ...				

**ส่วนที่ 4** ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

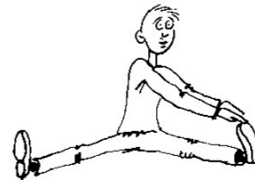
**คำชี้แจง ตอนที่ 1** ให้ท่านทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม				
	5-7 วัน/ สัปดาห์ 1	3-4 วัน/ สัปดาห์ 2	1-2 วัน/ สัปดาห์ 3	น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์ 4	ไม่ ปฏิบัติ 5
<b>ด้านการควบคุมอาหาร</b>					
1. ท่านรับประทาน...					
2. ท่านรับประทาน...					
3. ท่านรับประทาน...					
4. ขณะรับประทาน...					
5. ท่านดื่มน้ำหวาน...					
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>					
6. ท่านออกกำลังกาย...					
7. ท่านทำงานบ้าน...					

**คำชี้แจง ตอนที่ 2** ให้ท่านทบทวนการจัดการความเครียด ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม			
	ไม่เคยเลย 1	เป็นครั้งคราว 2	เป็นบ่อย 3	เป็นประจำ 4
<b>ด้านการจัดการความเครียด</b>				
8. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ...				
9. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด...				
10. ท่านออกกำลังกาย...				
11. เมื่อนอนไม่หลับ...				
12. ท่านหายใจเข้า...				

# คู่มือสุขภาพประจำตัวกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง



โดย บุญรัตน์ พงศ์ภัณฑารักษ์

นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## สารบัญ

	หน้า
คำแนะนำการใช้คู่มือ	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	1
สาเหตุ	1
อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง	2
เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วทำไมต้องรักษา	3
การควบคุมความดันโลหิต	3
แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงใน	4
ประชากรกลุ่มเสี่ยง	
แบบบันทึกสุขภาพ	12
ประวัติส่วนตัว	13
สรุปผลการตรวจร่างกาย	13
สรุปผลการตรวจร่างกายประจำปี	14
เป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	14
บันทึกการประเมินการปฏิบัติของตนเองรายวัน	15
แบบบันทึกการบริโภคอาหารด้วยตนเองรายวัน	16
แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเองรายวัน	17
แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	18
แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง	20
เอกสารอ้างอิง	23

## เรื่อง

โครงการการประยุกต์ใช้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กรุงเทพมหานคร

แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นแผนการ เสริมสร้างการรับรู้ข่าวสาร ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง  
ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเป้าหมาย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี จำนวน 30 คน

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี ได้รับรู้ข้อมูล ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง  
ของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่อง การประเมินความเสี่ยง สถานการณ์ของโรคความดัน  
โลหิตสูง ผ่านกิจกรรมการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วย สถานการณ์จำลองและการอภิปราย เพื่อ  
การเรียนรู้ร่วมกัน

## สื่อ

1. ป้ายชื่อ
2. กระดาษรูปผลไม้มะละกอ กัลฉ่าย ส้ม ชมพู ชนิดละ 8 ชิ้น
2. แบบประเมินความเสี่ยง
3. ภาพและข้อความแสดงขนาดและความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
4. กระดาษ A4 กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาลูกลื่น ปากกาเคมี
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพฤกษ์

## การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
2. การตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น

**แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2** เป็นแผนการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในเรื่องประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การเลือก การจัดสัดส่วนอาหาร การสาธิตและการฝึกทักษะการประเมินและการวัด คำนีมวลกาย และรอบเอว

**กลุ่มเป้าหมาย** ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี จำนวน 30 คน

**ระยะเวลา** 3 ชั่วโมง

**สถานที่** ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี เกิดแรงจูงใจ และมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกิจกรรม การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี การเลือก การจัดสัดส่วนอาหาร การสาธิตและการฝึกทักษะการประเมินและการวัด คำนีมวลกาย และรอบเอว

**สื่อ**

1. ผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบในการดูแลตนเองและมีสุขภาพแข็งแรง
2. กระดาษ A4 ปากกาลูกกลิ้ง
3. คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงพร้อมแบบบันทึกสุขภาพ
4. เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว
5. รูปภาพประเภท เค็ม มัน หวาน และอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงต่อโรค

ความดันโลหิตสูงขนาดประมาณ 6 x 8 นิ้ว ประเภทละ 3 อย่าง

6. โมเดลอาหาร 5 หมู่

**การประเมินผล** 1. สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

2. การตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น

**แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3** เป็นแผนการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในเรื่อง การประเมินอาการและการตรวจวัดความดันโลหิต การออกกำลังกาย

**กลุ่มเป้าหมาย** ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี จำนวน 30 คน

**ระยะเวลา** 3 ชั่วโมง

**สถานที่** ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เทศะสัมพันธ์

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี เกิดแรงจูงใจ และมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในเรื่อง การประเมินอาการและการตรวจวัดความดันโลหิต การออกกำลังกาย

- สื่อ**
1. เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว
  2. เครื่องวัดความดันโลหิตพร้อมหูฟัง
  3. คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงพร้อมแบบบันทึกสุขภาพ
  4. กลุ่มเสี่ยงที่เป็นตัวแบบที่ดีในการควบคุมน้ำหนัก ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย

**สม่าเสมอ** และมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม

5. กระดาษฟลิปชาร์ต ปากกาเคมี
6. ผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายตามรูปแบบที่กลุ่มเลือก

- การประเมินผล**
1. สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
  2. การตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น

**แผนการจัดกิจกรรมครั้งที่ 4** เป็นแผนการสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในเรื่อง การจัดการความเครียด และการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่

**กลุ่มเป้าหมาย** ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี จำนวน 30 คน

**ระยะเวลา** 3 ชั่วโมง

**สถานที่** ห้องประชุมศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี เกิดแรงจูงใจ และมีส่วนร่วม ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในเรื่อง การจัดการความเครียดและการหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สูบบุหรี่

- สื่อ**
1. เหตุการณ์สมมติ เรื่องของบุญชู
  2. ละครฉายฟิลิปชาร์ท ปากกาเคมี
  3. เครื่องเล่นซีดี พร้อมเพลงบรรเลงที่ฟังแล้วผ่อนคลาย
  4. คู่มือการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงพร้อมแบบบันทึกสุขภาพ
  5. ละครฉายฟิลิปชาร์ท ปากกาเคมี

- การประเมินผล**
1. สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
  2. การตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น

## ภาคผนวก ง

## ตารางการแสดงผลการจำแนกรายข้อ

ตารางที่ ง.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อเกี่ยวกับการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง (ระดับ)		หลังการทดลอง (ระดับ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
1. การรับประทานอาหารรสจัดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	3.07(มาก)	2.97(ปานกลาง)	3.57(มาก)	2.60(ปานกลาง)
2. การสูบบุหรี่-ดื่มสุรามีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น	3.33(มาก)	3.50(มาก)	3.70(มาก)	3.27(มาก)
3. เมื่อมีความเครียดความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น	3.40(มาก)	3.40(มาก)	3.83(มาก)	3.40(มาก)
4. การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่น เดินเร็วช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	3.20(มาก)	3.27(มาก)	3.53(มาก)	3.23(มาก)
5. คนผอมก็เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงได้	3.20(มาก)	3.00(ปานกลาง)	3.40(มาก)	2.87(ปานกลาง)
6. ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังได้	2.97 (ปานกลาง)	3.23(มาก)	3.47(มาก)	3.30(มาก)
7. ความดันโลหิตสูงหากไม่รักษาจะทำให้เสียชีวิตได้	2.90 (ปานกลาง)	3.17(มาก)	3.47(มาก)	3.23(มาก)
8. ความดันโลหิตสูงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	2.87 (ปานกลาง)	3.10(มาก)	3.50(มาก)	3.10(มาก)
9. ความดันโลหิตสูงทำให้เส้นเลือดในสมองแตก	3.43(มาก)	3.27(มาก)	3.70(มาก)	3.40(มาก)
10. ความดันโลหิตสูงทำให้ต้องกินยาตลอดชีวิต	3.13(มาก)	3.07(มาก)	3.60(มาก)	2.80(ปานกลาง)
11. ท่านเชื่อว่าการลดอาหารเค็ม มัน ช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.47(มาก)	3.20(มาก)	3.57(มาก)	3.23(มาก)
12. ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.33(มาก)	3.30(มาก)	3.77(มาก)	3.33(มาก)
13. ท่านเชื่อว่าการควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน ส่งผลดีต่อการควบคุมความดันโลหิต	3.40(มาก)	3.43(มาก)	3.57(มาก)	3.27(มาก)
14. ท่านเชื่อว่าการงดสูบบุหรี่-ดื่มสุรามีการช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง	3.60(มาก)	3.40(มาก)	3.83(มาก)	3.23(มาก)
15. ท่านเชื่อว่าการออกกำลังกาย ช่วยลดความเครียดและช่วยป้องกันความดันโลหิตสูง	3.37(มาก)	3.33(มาก)	3.63(มาก)	3.30(มาก)

**ตารางที่ ง.1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเกี่ยวกับการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง (ระดับ)		หลังการทดลอง (ระดับ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
16. ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานผักได้ทุกวัน	2.40 (ปานกลาง)	2.20(ปานกลาง)	3.00	2.07(ปานกลาง)
17. ท่านไม่มีเวลาออกกำลังกายได้ทุกวัน	2.47(ปานกลาง)	2.33(ปานกลาง)	2.97 (ปานกลาง)	2.40 (ปานกลาง)
18. ท่านเลือกรับประทานอาหารไม่ใส่กะทิ ไม่ทอด ไม่มัน ได้ทุกครั้ง	2.30 (ปานกลาง)	2.47(ปานกลาง)	2.93 (ปานกลาง)	2.30(ปานกลาง)
19. ท่านเบื่อกิจจะออกกำลังกายคนเดียวตามลำพัง	2.47 (ปานกลาง)	2.47(ปานกลาง)	2.67 (ปานกลาง)	2.50(ปานกลาง)
20. ท่านนอนไม่หลับเพราะเครียด	2.40 (ปานกลาง)	2.37(ปานกลาง)	2.57 (ปานกลาง)	2.20(ปานกลาง)

**ตารางที่ ง.2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเกี่ยวกับการวัดการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง (ระดับ)		หลังการทดลอง (ระดับ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
1. ท่าน ร่วมออกกำลังกายที่จัดขึ้นในชุมชนทุกครั้ง	1.70(น้อย)	1.80(น้อย)	3.07 (มาก)	2.07(ปานกลาง)
2. ท่าน ร่วมกิจกรรมรณรงค์ลดการบริโภคเค็ม และมัน ในชุมชนทุกครั้ง	1.73(น้อย)	1.90(น้อย)	3.07 (มาก)	1.97(น้อย)
3. ท่าน ร่วมกิจกรรมลดเค็มเกลือหิรั-คิมแอลกอฮอล์ในชุมชน	1.80(น้อย)	1.83(น้อย)	3.07 (มาก)	1.87(น้อย)
4. สมาชิกในครอบครัวของท่าน เข้าใจว่าท่านมีความเสี่ยงและต้องป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	2.67 (ปานกลาง)	2.53 (ปานกลาง)	3.30 (มาก)	2.27(ปานกลาง)
5. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ร่วมกิจกรรมออกกำลังกายกับท่าน	2.10(น้อย)	2.10(ปานกลาง)	2.47 (ปานกลาง)	1.77(น้อย)
6. ครอบครัวของท่าน ปรุงอาหารโดยเน้น ไม่มัน ไม่เค็ม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง	2.73 (ปานกลาง)	2.97 (ปานกลาง)	3.27 (มาก)	2.97 (ปานกลาง)
7. ครอบครัวของท่าน ร่วมรณรงค์ลดการเค็มแอลกอฮอล์ลดเค็มเกลือหิรัในครอบครัว	2.67 (ปานกลาง)	3.17 (มาก)	3.33 (มาก)	3.30 (มาก)
8. ครอบครัวของท่าน ร่วมสนับสนุนกิจกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	2.83 (ปานกลาง)	3.47 (มาก)	3.60 (มาก)	3.37 (มาก)
9. ประธานชุมชน กรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข รู้ว่าท่านมีความเสี่ยงและควรป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	2.80 (ปานกลาง)	2.77 (ปานกลาง)	3.50 (มาก)	2.80 (ปานกลาง)
10. ประธานชุมชน กรรมการชุมชน มีการสนับสนุนทรัพยากร และรณรงค์ส่งเสริมความร่วมมือในการทำงานป้องกันโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับชุมชน	3.17 (มาก)	2.90 (ปานกลาง)	3.80 (มาก)	2.93 (ปานกลาง)
11. อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ดำเนินงานคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.17 (มาก)	2.97 (ปานกลาง)	3.80 (มาก)	3.03 (มาก)
12. อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน มีความรู้เรื่องการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	3.07 (มาก)	2.93 (ปานกลาง)	3.37 (มาก)	3.00 (ปานกลาง)
13. ในกรณีสงสัยว่ามีความดันโลหิตสูงผิดปกติ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน มีการแนะนำให้ประชาชนพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม	3.13 (มาก)	3.00 (ปานกลาง)	3.87 (มาก)	2.90 (ปานกลาง)

**ตารางที่ ง.2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเกี่ยวกับการวัดการรับรู้ของกลุ่มเสี่ยงต่อการมีส่วนร่วมของตนเองและครอบครัว แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12) (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง (ระดับ)		หลังการทดลอง (ระดับ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
14. พยาบาล และ/เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขบอกให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	3.30 (มาก)	3.10 (มาก)	3.83 (มาก)	3.07 (มาก)
15. พยาบาล และ/เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขบอกวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้คนในชุมชนทราบ	3.33 (มาก)	3.13 (มาก)	3.77 (มาก)	3.10 (มาก)
16. พยาบาล และ/เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขส่งเสริมสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ความรู้ และสอนทักษะเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน	3.00 (ปานกลาง)	2.87 (ปานกลาง)	3.63 (มาก)	2.97 (ปานกลาง)

**ตารางที่ 3.3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ระหว่างก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 0) และหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง (ระดับ)		หลังการทดลอง (ระดับ)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
1. ท่านรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารทอด	2.73 (ปานกลาง)	2.60 (ปานกลาง)	3.47 (ปานกลาง)	2.60 (ปานกลาง)
2. ท่านรับประทานอาหารประเภท ถั่วธัญพืช ขนมหอมแกง ขนมน้ำกะทิ	2.97 (ปานกลาง)	2.93 (ปานกลาง)	4.10 (มาก)	2.77 (ปานกลาง)
3. ท่านรับประทานอาหารประเภท ปลาเค็ม ปลาร้า ผักกาดดอง ปูเค็ม	2.97 (ปานกลาง)	2.60 (ปานกลาง)	3.80 (มาก)	2.57 (ปานกลาง)
4. ขณะรับประทานอาหารเช้า ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ลงในอาหารเพิ่มเติมจากที่ปรุงมาแล้ว	2.90 (ปานกลาง)	2.57 (ปานกลาง)	3.63 (มาก)	2.90 (ปานกลาง)
5. ท่านดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟเย็น กระทั่งแดง	2.37 (ปานกลาง)	2.53 (ปานกลาง)	3.10 (ปานกลาง)	2.57 (ปานกลาง)
6. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในแต่ละครั้ง นาน 30 นาทีขึ้นไป เช่น เดินเร็ว เดินแอโรบิค วิ่ง เพื่อให้เหงื่อออก	3.47 (ปานกลาง)	3.50 (ปานกลาง)	4.20 (มาก)	3.40 (ปานกลาง)
7. ท่านทำงานบ้านติดต่อกันนานเกิน 20 นาที เช่น ถูบ้าน รีดผ้า ล้างรถ	3.63 (มาก)	3.67 (มาก)	4.43 (มาก)	3.50 (ปานกลาง)
8. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านปรึกษาคนใกล้ชิดที่ไว้วางใจเพื่อแก้ไขปัญหา	2.37 (ปานกลาง)	2.37 (ปานกลาง)	2.80 (ปานกลาง)	2.80 (ปานกลาง)
9. เมื่อท่านรู้สึกหงุดหงิด กังวลใจ ท่านฟังเพลง/ ดูทีวี/ สวดมนต์หรือออกไปเดินเล่น	2.87 (ปานกลาง)	2.87 (ปานกลาง)	3.27 (ปานกลาง)	2.90 (ปานกลาง)
10. ท่านออกกำลังกายเมื่อรู้สึกเบื่อ	2.27 (ปานกลาง)	2.27 (ปานกลาง)	3.10 (ปานกลาง)	2.13 (น้อย)
11. เมื่อนอนไม่หลับท่านลุกมาสวดมนต์ หรืออ่านหนังสือ หรือทำงานบ้าน	2.50 (ปานกลาง)	2.63 (ปานกลาง)	3.10 (ปานกลาง)	2.60 (ปานกลาง)
12. ท่านหายใจเข้า-ออกยาวๆ เมื่อท่านรู้สึกคั่งคั่ง	2.63 (ปานกลาง)	2.73 (ปานกลาง)	3.23 (ปานกลาง)	3.13 (ปานกลาง)

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางบุญรัตน์ พงศ์ภัณฑารักษ์

วัน เดือน ปีเกิด

1 เมษายน พ.ศ. 2511

สถานที่เกิด

จังหวัดนครศรีธรรมราช

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2531-2535

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549

ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง

สาขาเวชปฏิบัติ (การรักษารอคเบื้องต้น)

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2552-2557

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข

ทุนการศึกษา

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน

1298/1098 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี

เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร 10120

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลและบริหารทั่วไป

ศูนย์บริการสาธารณสุข 55 เตชะสัมพันธ์

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 10120