



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
**Effects of Self-Management and Family Participation Enhancing Program on
Health Behavior and Blood Pressure Among Elderly with Hypertension**

ชลการ ชายกุล

Chonlakarn Chaikul

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University**

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรค
ความดันโลหิตสูง

ผู้เขียน นางสาวชลกร ชายกุล

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)
กรรมการ (รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวชลกร ชายกุล)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวชลกร ชายกุล)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
ผู้เขียน	นางสาวชลกร ชายกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มควบคุม 25 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (2) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (3) ตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริง และ (4) คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ (1) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ และ (2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลโดยการวัดความดันโลหิต และการสัมภาษณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อประเมินผลโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ .78 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคสแควร์ ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันและสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่องและช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

Thesis Title	Effects of Self-Management and Family Participation Enhancing Program on Health Behavior and Blood Pressure Among Elderly with Hypertension
Author	Miss Chonlakarn Chaikul
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2013

ABSTRACT

The quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-management and family participation enhancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertension. The sample comprised 50 elderly with hypertension who came for follow up at the hypertension clinic, out-patient department of Ao luek Hospital, Krabi Province. The first 25 patients were assigned to the control group, who received usual care, and the other 25 patients were assigned to the experimental group and received the self-management and family participation enhancing program for 8 weeks. The instruments used for intervention consisted of (1) the self-management and family participation enhancing program in elderly with hypertension, (2) power point presentation, (3) food model, and (4) handbook for self-management among elders with hypertension. The instrument used for data collection were (1) automatic blood pressure monitoring and (2) the health behaviors for elderly with hypertension questionnaire. Data were collected before attending the program and when evaluation of program at the 8th week. The reliability of health behavior assessment questionnaire was .78, tested by Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square and Fisher's exact test, and hypotheses were tested using Independent t-test and Paired t-test.

The study results revealed the following:

1. Mean score of the health behaviors in the elderly with hypertension after receiving the self-management and family participation enhancing program was significantly higher than that before ($p < .01$)

2. Mean score of the health behaviors in the elderly with hypertension after receiving the self-management and family participation enhancing program was significantly higher than that of control group ($p < .01$)

3. Systolic blood pressure and diastolic blood pressure in elderly with hypertension after attending the self-management and family participation enhancing program was significantly lower than that of before ($p < .01$)

4. Systolic blood pressure and diastolic blood pressure in elderly with hypertension after attending the self-management and family participation enhancing program was significantly lower than that of control group ($p < .01$)

The findings of this study indicate that the self-management and family participation enhancing program to promote and support health behavior change leads to better control of blood pressure levels among older persons with hypertension.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาศ ชินวงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ และให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีแก่ผู้วิจัยเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ในระหว่างการศึกษา ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณกรรมการผู้สอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะตลอดจนข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานคลินิกโรคเรื้อรัง และผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เสียสละรับภาระงานระหว่างผู้วิจัยศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่สาว และครอบครัวที่ให้กำลังใจและสนับสนุน ด้านการศึกษาตลอด จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกท่าน

ชลการ ชายกุล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	11
ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	11
การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	11
เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	12
สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	13
แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	15
ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ.....	20
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	21
พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง.....	21
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	26
การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ.....	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง	30
ความหมายของการจัดการตนเอง.....	30
แนวคิดของการจัดการตนเอง.....	30
โปรแกรมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	33
ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	56
ผลการวิจัย.....	57
อภิปรายผลการวิจัย.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะ.....	84
เอกสารอ้างอิง.....	85
ภาคผนวก.....	96
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	97
ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	98
ค เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	108
ง ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	143
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	146
ฉ แบบประเมินความเครียด.....	151

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ช ตารางนำเสนอผลการวิจัย (เพิ่มเติม).....	152
ซ ตัวอย่างการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ.....	154
ฌ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	156
ประวัติผู้เขียน.....	157

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1. ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.....	11
2. เปรียบเทียบเป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; JNC VIII, 2014; และ ESH/ESC, 2013.....	12
3. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	58
4. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	61
5. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	65
6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test.....	67
7. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test.....	68
8. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	69
9. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	70
10. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test.....	71

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t test.....	72

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	52

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ จากการสำรวจภาวะสุขภาพทั่วโลก พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.1 ล้านคน ในแต่ละปี (World Hypertension Day, 2011) ในประเทศไทย พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 เท่ากับ 778.1, 860.5 และ 981.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทย ครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 ในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกจะเพิ่มขึ้นตามลำดับอายุ พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 55.9 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ในโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้นจาก 1,628 ราย ในปี 2551 เป็น 2,089 ราย ในปี 2555 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 825 ราย ในปี 2551 และ 1,321 ราย ในปี 2555 (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลอ่าวลึก, 2555)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยพบว่าสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคเกลือโซเดียมมาก ภาวะอ้วน การไม่ออกกำลังกาย หรือการขาดการปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (พีระ, 2553; Meddens, Lmam, & Ashkar, 2005) และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูงอย่างเดียว (isolated systolic hypertension) ซึ่งพบมากในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป พบได้ร้อยละ 87 ในผู้ที่ยังไม่ได้รับการรักษา และในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (Franklin et al., 2005) เนื่องจากหลอดเลือดแดงใหญ่มีความแข็งทำให้ขยายตัวไม่ได้ และเสียความยืดหยุ่นไป ทำให้การดำเนินโรคเร็วขึ้นและต่อเนื่องตลอดเวลา และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจวาย (พีระ, 2553; Dickerson & Gibson, 2005)

เป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิต โดยควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิก ให้ต่ำกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท

และความดันโลหิตต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกให้ได้ 130/139 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ให้ได้ 80/85 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) สำหรับในผู้สูงอายุ เป้าหมายของการควบคุมความดันโลหิต โดยควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคเบาหวานร่วมด้วย ควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิกให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกให้ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee VIII [JNC VIII], 2014) และเป้าหมายระยะยาว คือ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจัยความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย คือ ความร่วมมือในการรักษา โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสม (วิไลวรรณ, 2554)

จากการศึกษา พบว่าปัญหาที่พบบ่อยในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ไม่ได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และครบถ้วน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการรับประทานอาหารรสเค็มและอาหารมัน (วาสนา, 2547; นวลจันทร์, 2552) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่ายังขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อย เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลียจากผลข้างเคียงของยา (จิรวรรณ, 2547) มีความเชื่อหรือความเข้าใจในการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง ความรู้สึกทางลบต่อการออกกำลังกาย การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สถานที่ และการเดินทางไม่เอื้ออำนวย (คลนภา, 2549) ประกอบกับในผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง ทำให้การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ การมองเห็นลดลง (Dickinson et al., 2006) จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ (ศักดิ์รินทร์, 2549) ความเครียดเป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถทำงานได้หรือทำงานได้น้อย ทำให้เกิดความเครียด จากการไม่มีรายได้ หรือรายได้ลดลง หรือจากการเจ็บป่วย (สมจิตรและอรสา, 2542) ทำให้แยกตัวจากสังคม และมักคิดว่าตนเองเป็นภาระแก่ครอบครัว (ผ่องพรรณ, 2554) สำหรับพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุมักรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากการเป็นโรคเรื้อรังต้องรับประทานยาเป็นระยะเวลานานและส่วนหนึ่งเกิดจากผู้สูงอายุคิดว่าตนเองสบายดี (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (ปิยนุช, 2549) นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ การรับรู้ส่วนบุคคลต่อภาวะความดันโลหิตสูง ความรู้

ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนจากบุคคลอื่น และการให้บริการสุขภาพ (นวลจันทร์, 2552)

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการจัดการตนเอง และการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังต้องการกระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยให้เกิดการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ และความรู้เป็นองค์ประกอบจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง ให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันมีความเหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coates & Boore, 1995)

อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อาจมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากความเสื่อมตามวัยทางด้านร่างกาย ต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ค่าใช้จ่ายส่วนตัว และการนำไปพบแพทย์ (เกษญา, 2549) การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (สุภรณ์, 2551) การจัดการตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ นอกจากตัวผู้ป่วยเองแล้ว ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือโดยการให้กำลังใจ สนับสนุน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ (Loring, 2003; Mary & Kam, 2005) ดังนั้นการส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม จึงน่าจะเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในสังคมไทย เพราะสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการจัดการตนเองส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเอง ผลการรักษาที่เกิดจากการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งคุณภาพที่ดีของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจล้มเหลว (กรสินันท์, 2553; จินตนา, 2548; จุฬากรณ์, 2550; ชูดิษฐ์, 2548; วราภรณ์, 2549; ศิริวรรณ, 2550; Chodosh et al., 2005) สำหรับผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเฟง, วิน, และ โรเบิร์ต (Feng, Wen, & Robert, 2008) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยความดันโลหิต

สูงอายุ 18-69 ปี และติดตามผลการจัดการตนเองในระยะเวลา 1 เดือน และ 4 เดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริวัฒน์ (2551) และสุภัทษร (2551) ที่มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 18-60 ปี และมีการติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ที่ได้ผู้ป่วยมีการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ระดับความดันโลหิตลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุของเบญจมาศ (2554) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง การจัดการตนเองจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบว่าอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าวัยอื่นๆ การจัดการตนเองในผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จึงจะทำให้การจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวไปแล้วข้างต้น พบว่า การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแม้ว่าจะมีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมที่แตกต่างกัน แต่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วย ไม่แตกต่างกัน คือ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลง สำหรับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางและผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งผู้สูงอายุบางราย อาจมีขีดจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากสภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถจัดการตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยนำครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยที่บุคคลในครอบครัว น่าจะมีส่วนช่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุได้สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทำให้การควบคุมความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือไม่

2. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

3. ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือไม่

4. ความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

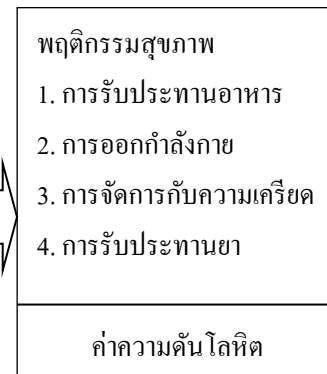
กรอบแนวคิดการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรค แม้ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลโรคความดันโลหิตสูงหลายรูปแบบ แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา การที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้นั้น ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา การจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อควบคุมภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ผู้ที่จะสามารถจัดการตนเองได้นั้นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค มีความตระหนักและเห็นความสำคัญ สามารถสังเกตเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถตัดสินใจ

ปฏิบัติตามแผนการรักษาในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีขีดจำกัดความสามารถด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง การได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้การปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และเกลlick-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) เป็นแนวทางในการศึกษาการส่งเสริมการจัดการตนเองและให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือและสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยใช้แนวคิดจัดการตนเอง ประกอบด้วย (1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมากับมาตรฐาน และปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ มีความตระหนัก และเห็นความสำคัญ สนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติ ให้ความรู้และฝึกทักษะเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อค้นปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง และนำไปสู่การตัดสินใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ (3) การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) ผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม ครอบครัวให้กำลังใจช่วยเหลือและสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยติดตามทาง โทรศัพท์ และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการดังภาพ 1

การส่งเสริมการจัดการตนเอง	การปฏิบัติ		
	ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
1. การติดตามตนเอง* 2. การประเมินตนเอง** 3. การให้แรงเสริมตนเอง*** หมายเหตุ * เป็นกิจกรรมการติดตามตนเอง โดยผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัวช่วยเหลือการติดตามตนเองของผู้ป่วย ** เป็นกิจกรรมการประเมินตนเอง โดยผู้วิจัย ผู้ป่วย และครอบครัวช่วยเหลือการติดตามตนเองของผู้ป่วย *** เป็นกิจกรรมการให้แรงเสริม โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยให้แรงเสริมตนเองและครอบครัวให้แรงเสริมผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนคิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา* - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค พร้อมมอบคู่มือ* - ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป ฝึกการออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว* - สนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ* - สนับสนุนให้ผู้ป่วยเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมายที่กำหนดไว้** - ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ*** 	<ul style="list-style-type: none"> - สะท้อนคิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ผ่านมา* - ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคและคู่มือ* - ได้รับการฝึกการอ่านฉลากโภชนาการ การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ* - กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเอง* - บันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง พร้อมประเมินผลการปฏิบัติว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่** - ให้เสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม*** 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมสะท้อนคิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมา* - ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคและคู่มือ* - ร่วมฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ* - ให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยชี้แจงเพิ่มเติม ช่วยเหลือในการอ่านคู่มือ* - ร่วมประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย** - ช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ให้คำชมเชย และให้กำลังใจ**



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว
4. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง รูปแบบของกิจกรรม ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการจัดการตนเองและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา และมีระดับความดันโลหิตที่เหมาะสม โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วย (1) การติดตามตนเอง (self- monitoring) เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมากับมาตรฐาน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเลือกแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (2) การประเมินตนเอง (self- evaluation) ผู้วิจัยอธิบายวิธีการประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และ (3) การให้แรงเสริมตนเอง (self- reinforcement) ผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม ครอบครัว

ให้ข้อมูลช่วยเหลือและสนับสนุนในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำชมเชย และให้กำลังใจ ผู้วิจัยติดตามประเมินผล โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในส่วน ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการในระหว่างสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7

2. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการกระทำหรือการปฏิบัติที่เหมาะสม กับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมระดับความดัน โลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษา 4 ด้าน คือ (1) ด้านการรับประทานอาหาร (2) ด้านการออกกำลังกาย (3) ด้านการจัดการกับความเครียดและ (4) ด้านการรับประทานยา ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงของยุทธพงษ์ (2550)

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลในหน่วยบริการคลินิกโรค เรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ที่ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ตามที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดสัญญาณชีพ การซักถามอาการ การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นรายบุคคล ตามสภาพปัญหา และการนัดให้มาพบแพทย์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการ ตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิต ของผู้สูงอายุโรค ความดันโลหิตสูง โดยศึกษาในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึง เดือนกันยายน 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และระบบบริหารจัดการด้านการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดอัตราผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.2 การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ
 - 1.4 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.6 ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.1 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
3. การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 3.1 ความหมายของการจัดการตนเอง
 - 3.2 แนวคิดของการจัดการตนเอง
4. โปรแกรมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
5. ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต

แนวคิดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดที่เกิดขึ้นตามปกติในผู้สูงอายุ จากการเกิดอาเทอโรสเคลอโรซิส (arteriosclerosis) ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ความต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจจะแข็งหนาขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะใหญ่ขึ้น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจขณะบีบตัวลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุพบได้ทั้งชนิดที่มีความดันซิสโตลิกร่วมกับความดันไดแอสโตลิกสูง และชนิดที่มีความดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว (isolated systolic hypertension) ซึ่งชนิดที่มีความดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว พบบ่อยในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป (พีระ, 2553) ชนิดของโรคความดันโลหิตสูงที่พบในผู้สูงอายุจะค่อยๆ เปลี่ยนจากชนิดที่ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกสูงมาเป็นชนิดที่มีความดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว (Franklin et al., 2005)

การจำแนกโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป รวมทั้งผู้สูงอายุ โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

ระดับความดันโลหิต	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)
ระดับที่ควรจะเป็น	< 120	และ	< 80
ระดับปกติ	120-129	และ/หรือ	80-84
ระดับปกติค่อนข้างไปทางสูง	130-139	และ/หรือ	85-89
ขั้นที่ 1 Hypertension (mild)	140-149	และ/หรือ	90-99
ขั้นที่ 2 Hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
ขั้นที่ 3 Hypertension (severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	และ	< 90

เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555), JNC VIII (2014), และ ESH/ESC (2013) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบเป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555; JNC VIII, 2014; และ ESH/ESC, 2013

Guideline	Population	Goal BP (mmHg)
สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย	General	< 140/90
	Diabetes	130-139/80-85
	CKD + proteinuria	< 130/80
JNC VIII	General \geq 60 year	< 150/90
	General < 60 year	< 140/90
	Diabetes	< 140/90
	CKD	< 140/90
ESH/ESC	General nonelderly	< 140/90
	General elderly < 80 year	< 150/90
	General elderly \geq 80 year	< 150/90
	Diabetes	< 140/85
	CKD no proteinuria	< 140/90
	CKD + proteinuria	< 130/90

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เป้าหมายในการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้เกณฑ์ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสาเหตุและปัจจัยหลายประการ จากกระบวนการสูงอายุ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานอวัยวะต่างๆ และปัจจัยจากสาเหตุอื่นๆ ที่มีผลต่อความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ในการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด โดยที่ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง และมีการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง ความต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันในหลอดเลือดสูงขึ้น ประกอบกับในผู้สูงอายุลิ้นหัวใจมักจะหนาและแข็ง เนื่องจากมีการเสื่อม มีไขมัน และแคลเซียมไปเกาะ ทำให้เกิดการตีบแคบ มีการสะสมของคอเลสเตอรอลในหัวใจ ทำให้หัวใจมีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลต่อการบีบตัวของหัวใจ หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (จันทนา, 2550; ผ่องพรรณ, 2554)

1.2 ความไวของบาโรรีเซพเตอร์ (baroreceptor) ลดลง เมื่อความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง จะมีการส่งสัญญาณประสาทไปยังศูนย์ควบคุมหลอดเลือดในสมอง ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัวและการทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นและแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (พีระ, 2553; Kaplan, 2006)

1.3 การทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (rennin-angiotensin aldosterone system) เพิ่มขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงแองจิโอเทนซิน1 เป็นแองจิโอเทนซิน 2 ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัว แรงต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และกระตุ้นให้มีการสร้างอัลโดสเตอโรนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการดูดกลับของโซเดียมและน้ำที่ไตมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (เพ็ญจันทร์, 2553)

1.4 การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงตามวัย ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการกั่งของเสียและอิเล็กโตรไลต์ มีการดูดน้ำกลับมากขึ้น ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (จันทนา, 2550)

2. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ เพศ อายุ และเชื้อชาติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 กรรมพันธุ์ โดยพบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20-40 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีประวัติความดันโลหิตสูงในสมาชิกครอบครัว (Dominniczak et al., 2000 อ้างตาม พีระ, 2553)

2.2 พบว่าเพศชายมีอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ (ทิพมาส, 2545) แต่หลังจากที่ผู้หญิงมีอายุมากกว่า 50 ปี และเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จะพบว่าอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในเพศหญิง มากกว่าเพศชาย เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง (ชุมศักดิ์, 2547)

2.3 อายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยพบว่าในผู้สูงอายุ กลไกของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดแรงต้านทานในหลอดเลือดส่วนปลายมากขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เมื่อคนเรามีอายุที่ 55 ปี พบว่ามีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 90 (Joint National Committee VII [JNC VII], 2003) และอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มักมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนชนิดความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิก จะเกิดขึ้นเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป (เพ็ญจันทร์, 2553)

2.4 เชื้อชาติ พบว่าคนผิวดำจะมีความดันโลหิตสูงกว่าคนผิวขาวและมีอัตราการตายสูงจากความดันโลหิตสูง พบว่าอัตราเสียชีวิตของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ต่ำสุดในผู้หญิงผิวขาว คือ ร้อยละ 4.7 ตามด้วยผู้ชายผิวขาว ร้อยละ 6.3 ผู้ชายผิวดำ ร้อยละ 22.5 และสูงสุดในผู้หญิงผิวดำ ร้อยละ 29.3 สาเหตุที่ทำให้ชุกของโรคพบมากในคนผิวดำนั้น ไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับ การมีระดับเรนินที่ต่ำลง (ผ่องพรรณ, 2554)

3. แบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมาก การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมมากเกินไป ทำให้ร่างกายดื่มน้ำไว้ในร่างกายมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดการเพิ่มของปริมาณน้ำในกระแสเลือดทำให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายต้องใช้แรงในการส่งเลือดผ่านหลอดเลือดจากหัวใจ สูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งร่างกายจะมีปฏิกิริยาไม่ยอมให้เลือดมากขึ้นเพื่อกดการขยายตัวของหลอดเลือด มีผลทำให้หลอดเลือดหดลงอย่างมาก เพื่อกักกันเลือดเอาไว้ให้ผ่านออกมาในปริมาณที่เท่าเดิม ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (ชุมศักดิ์, 2547) ปริมาณของเกลือโซเดียมที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความไวและการตอบสนองของแต่ละคน ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะไวต่อเกลือโซเดียมมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ประเสริฐ, 2552)

3.2 การดื่มแอลกอฮอล์ ผลแอลกอฮอล์ต่อความดันโลหิตสูงนั้นยังไม่ทราบกลไกที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าอาจเนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลทำให้การเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจ มีการเพิ่มของการหลั่งคอร์ติซอล เพิ่มระดับแคทีโคลามีน และมีผลกระทบต่อระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว (สมจิตและพรทิพย์, 2545)

3.3 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้เกล็ดเลือดจับตัวกันและไปกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และสารประกอบต่างๆ ในบุหรี่จะเป็นตัวกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว มีการเพิ่มของชีพจรและความดันโลหิต (ซุมศักดิ์, 2547)

3.4 ภาวะความอ้วน หรือน้ำหนักเกิน การเกิดความดันโลหิตสูงในคนอ้วนมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องน้ำหนักเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ซึ่งทำให้มีการเพิ่มของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจภายใน 1 นาที ที่สูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าในคนอ้วนมีมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะการต้านอินซูลิน (insulin resistance) ซึ่งนำไปสู่การเกิดอินซูลินในกระแสเลือดสูง (hyperinsulinemia) มีผลไปกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการหลั่งสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว เกิดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น และเพิ่มการดูดกลับของน้ำและโซเดียมส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kaplan, 2006)

3.5 ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะสามารถช่วยป้องกันและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ (ซุมศักดิ์, 2547) การออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การวิ่งระยะไกลๆ หรืออย่างน้อย 25-30 นาทีต่อวัน และเกือบทุกวัน สามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2551)

3.6 ความเครียด หรือภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนพริน (norepinephrine) ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวเพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kaplan, 2006)

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตในผู้สูงอายุ จะใช้หลักการเดียวกันกับผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงและอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม คือให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป ในผู้ป่วยเบาหวาน ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ 130/80 หรือ 139/85 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ในผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรังควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC VIII, 2014) แนวทางการ

รักษาโรคความดันโลหิตประกอบด้วย 2 วิธี คือ การรักษาโดยการไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรักษาโดยวิธีการใช้ยา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรักษาโดยการไม่ใช้ยาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและตลอดไป เพื่อลดความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับอวัยวะสำคัญ ประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนักตัว การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม การลดอาหารที่มีไขมันโคเลสเตอรอล การรับประทานอาหารแบบ DASH (dietary approach to stop hypertension) ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด (จักรพันธ์, 2550; เพ็ญจันทร์, 2553; สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินหรือมีดัชนีมวลกายที่เท่ากับหรือมากกว่า 27 กิโลกรัมต่อเมตร² จะมีการสะสมไขมันบริเวณลำตัว ซึ่งทำให้ผู้หญิงมีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 34 นิ้ว และผู้ชายมีรอบเอวเท่ากับหรือมากกว่า 39 นิ้ว (ผ่องพรรณ, 2554) ดังนั้นจึงควรควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม ซึ่งดัชนีมวลกายที่เหมาะสมสำหรับคนเอเชียอยู่ในช่วง 18.5-23 กิโลกรัมต่อเมตร² (World Health Organization [WHO], 2004) การปรับดัชนีมวลกายให้เหมาะสมโดยการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนัก เช่น ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อเมตร² เป้าหมายของการลดน้ำหนัก คือ ร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัว นอกจากนี้การควบคุมน้ำหนักตัว จำเป็นต้องมีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งการควบคุมน้ำหนักได้อย่างเหมาะสม ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 5-20 มิลลิเมตรปรอทต่อการลดน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม นอกจากนี้การลดน้ำหนักตัวช่วยเสริมประสิทธิภาพของการใช้ยาลดความดันโลหิตอีกด้วย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

1.2 การลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณร้อยละ 40 จะมีความไวต่อปริมาณโซเดียม โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เมื่อลดปริมาณโซเดียมลงทำให้ความดันโลหิตลดลง (DeMartinis, 2005 อ้างตามเพ็ญจันทร์, 2553) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรลดปริมาณโซเดียมในอาหารลดลงให้เหลือไม่เกิน 2.5 กรัม/วัน หรือประมาณ 1 ช้อนชา ซึ่งเกลือโซเดียมนอกจากจะอยู่ในรูปเกลือแกงแล้วยังอยู่ในรูปอาหารอื่นๆ ซึ่งต้องระมัดระวังในการบริโภคอาหารต่างๆ เหล่านี้ด้วย เช่น เครื่องปรุงรสต่างๆ ผงชูรส ผงกันบูด ผงฟู อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหาร ได้แก่ อาหารหมักดอง อาหารตากแห้ง อาหารกระป๋อง อาหารกึ่งสำเร็จรูป เนื่องจากโซเดียมจะทำให้มีการคั่งค้างของน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้ปริมาณเลือดมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนัก ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งการควบคุมปริมาณโซเดียมไม่ให้เกิน 2.5 กรัม/วัน สามารถลดความดันโลหิตได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003)

1.3 การลดอาหารที่มีไขมัน โคเลสเตอรอล การลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (พีระ, 2554) การใช้หลักอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง DASH โดยการรับประทานอาหารจำพวกผักและผลไม้ ธัญพืช เช่น เม็ดเดือย งา ถั่วต่างๆ นม ผลิตภัณฑ์จากนมที่มีไขมันต่ำ ลดการบริโภคอาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัวสูง ได้แก่ อาหารมัน ของทอด อาหารใส่กะทิ อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับไขมันในเลือด ในการประกอบอาหารควรเลือกใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน เนื่องจากมีไขมันชนิดไม่อิ่มตัว

1.4 การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เกินวันละ 30 มิลลิลิตร (DeMatinis, 2005 อ้างตาม เพ็ญจันทร์, 2553) เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 30 มิลลิลิตร มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและการรักษาควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยยามีประสิทธิภาพลดลง ดังนั้น ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงควรงดหรือลดปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ชายไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 30 มิลลิลิตรต่อวัน สำหรับผู้หญิงไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 15 มิลลิลิตรต่อวัน การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณดังกล่าว โดยสามารถลดความดันโลหิตได้ประมาณ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

1.5 การลดหรือเลิกสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ หรือการสูดควันบุหรี่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากสารนิโคติน (nicotine) ในบุหรี่จะทำให้เกล็ดเลือดจับตัวกันและไปกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อในหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และสารประกอบต่างๆ ในบุหรี่ จะเป็นตัวกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว มีการเพิ่มของชีพจรและความดันโลหิต (หุมนศักดิ์, 2547) การหยุดสูบบุหรี่เป็นวิธีที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004)

1.6 การออกกำลังกาย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควรมีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน และการวิ่งเหยาะๆ ซึ่งการออกกำลังกายประเภทดังกล่าว อย่างน้อย 30 นาทีต่อ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป หรือผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ จึงควรเป็นการเดินที่ติดต่อกัน 30 นาที โดยจะเริ่มจากการเดินช้าๆ ในระยะเวลาสั้นๆ ก่อน หลังจากนั้นควรเพิ่มความเร็วและเวลาขึ้นจนอยู่ตัว ด้วยความเร็วสม่ำเสมอ ในระยะเวลา 30 นาที (เพ็ญจันทร์, 2553)

1.7 การจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากการหลั่งของฮอว์โมนอิพิเนพรีน (epinephrine) และนอร์อิพิเนพรีน

(norepinephrine) ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด หัวใจต้องทำงานโดยการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kaplan, 2006) การผ่อนคลาย โดยการใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การทำสมาธิ การฝึกโยคะ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ จากการศึกษาของเพลิน (2550) การปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียดในระดับสูง สามารถลดความเครียดให้อยู่ในระดับปานกลางได้ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถจัดการเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เช่น การทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การระบายความไม่สบายใจให้ผู้รับฟัง การมองโลกในแง่ดี รู้จักรงับความโกรธ การให้อภัย การนอนหลับ ซึ่งช่วยให้ผ่อนคลาย และส่งผลต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากทำให้ความดันโลหิตลดลงได้

2. การรักษาโดยการให้ยา การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยทั่วไป ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ 130/80 หรือ 139/85 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555) ในผู้สูงอายุควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังควรควบคุมให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (JNC VIII, 2014) ซึ่งหลักในการให้ยาในผู้สูงอายุ ควรเลือกให้ยาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละราย และพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยง เช่น ความรุนแรงของระดับความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนี้แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ (วิไล และชาญชัย, 2547; ESH/ESC, 2013)

2.1 ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เป็นกลุ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้มากที่สุด เนื่องจาก มีราคาถูก และมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตได้ดี ได้แก่ ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (hydrochlorothiazide) และฟูโรซีไมด์ (furosemide) เป็นต้น ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึม โซเดียม และคลอไรด์ ทำให้ร่างกายขับโซเดียมคลอไรด์ออกทางไตและยับยั้งโปแตสเซียมและแมกนีเซียมออกทางปัสสาวะ หรือยาบางตัวมีฤทธิ์ยับยั้งการขับโปแตสเซียม ซึ่งระยะแรกของการให้ยาทำให้ปัสสาวะมากขึ้น ปริมาณเลือดและเกลือแร่ในร่างกายลดลงเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลง อาการข้างเคียงที่พบคือ ทำให้โปแตสเซียมและโซเดียมในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดสูง ไกมันในเลือดสูงมียูริกในเลือดสูง ทำให้เกิดโรคเกาต์ และน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกิดความผิดปกติในเรื่องเพศสัมพันธ์ และทำให้อ่อนเพลีย

2.2 ยากันเบต้า (beta-adrenergic receptor blocker) ได้แก่ โพรพรานอลอล (propranolol) อะทีโนลอล (atenolol) เป็นต้น ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ลดความดันโลหิตโดยยับยั้ง

เบต้าแอดรีเนอร์จิกรีเซพเตอร์ (beta-adrenergic receptor blocker) ที่สมอง หัวใจและหลอดเลือด ทำให้หัวใจบีบตัวลดลง ลดอัตราการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยังลดการสร้างเรนินทำให้แองจิโอเทนซินทู (angiotensin II) ซึ่งเป็นที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว (vasoconstrictor) ลดลง และลดการคูดซึมโซเดียมที่ไต อาการข้างเคียงที่พบ หลอดเลือดตีบจากการหดตัวทำให้หายใจลำบาก อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ

2.3 ยาต้านแคลเซียม (calcium channel block) ได้แก่ แอมโลดิพีน (amlodipine) ไนเฟดิพีน (nifedipine) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลดความดันโลหิต โดยการห้ามแคลเซียมไม่ให้เข้าเซลล์ของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบเส้นเลือด ส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้หลอดเลือดขยายตัวความดันลดลง เนื่องจากแรงต้านภายในหลอดเลือดลดลง มีการออกฤทธิ์ที่ค่อนข้างนาน 12-24 ชั่วโมง อาการข้างเคียงของยา คือ ปวดศีรษะ มึนงง หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง ภาวะอาหารทำงานผิดปกติ ขาบวม ท้องผูก

2.4 ยายับยั้งการเปลี่ยนแปลงเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzyme inhibitors-ACEI) ได้แก่ อีนาลาพริล (enalapril) แคปโตพริล (captopril) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิต โดยยับยั้งเอนไซม์ในการเปลี่ยนแปลงแองจิโอเทนซินวันให้ เป็นแองจิโอเทนซินทู ซึ่งเป็นตัวการทำให้หลอดเลือดขยายตัวและลดการคูดกลับของเกลือโซเดียม อาการข้างเคียงที่พบ คือ ไอ โปแตสเซียมในเลือดสูง บวมที่ปาก (angioedema)

2.5 ยาต้านตัวรับแองจิโอเทนซิน 2 (angiotensin II receptor antagonist) ได้แก่ โลซาร์แทน (losartan) วอลซาดาน (valsartan) เป็นต้น ยากลุ่มนี้จะลดความดันโลหิต โดยแย่งแองจิโอเทนซินทูจับกับตัวรับแองจิโอเทนซินทู ทำให้ยับยั้งการทำงานของแองจิโอเทนซินทู ลดการหลั่งฮอว์โมน อัลโดสเตอโรน ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และลดการคูดกลับของเกลือโซเดียม เนื่องจากยานี้ไม่มีผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดอาการไอ แต่มีอาการข้างเคียง คือ ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงเช่นเดียวกับที่พบในยา ACEI

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมความดันโลหิตให้ใกล้เคียงกับความดันโลหิตปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันความพิการและลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งแนวทางการรักษาประกอบด้วย 2 วิธี คือ (1) วิธีการไม่ใช้ยาแต่เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ (2) วิธีการใช้ยา ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการใช้ยาจะได้ผลดีในการควบคุมความดันโลหิตสูง แต่การใช้ยาในผู้สูงอายุ มักทำให้เกิดผลข้างเคียงมาก ดังนั้น ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปกับการใช้ยา

ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน อีกทั้งพบว่ามีความแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลจากการที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และเป็นอยู่ในระยะเวลานาน ทำให้มีภาวะสำคัญต่างๆ ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต และตา เสื่อมสภาพ ถูกทำลาย (จักรพันธ์, 2550; พีระ, 2553) เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง (Hwu, 1995) ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น ความมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ผลของการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ อาการมึนงง อ่อนเพลีย หัวใจเต้นผิดจังหวะ (วิไลวรรณ, 2554) อาจทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง และไม่ให้ความร่วมมือการรักษาควบคุมความดันโลหิต

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความดันโลหิตสูง เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาไปตลอดชีวิต อีกทั้งยังมีอาการแสดงที่เกิดจากพยาธิของโรค หรืออาการข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (สมจิตรและอรสา, 2542) สำหรับผู้ป่วยบางรายเกิดความรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า สร้างภาระให้กับครอบครัวจากการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามปกติได้เหมือนเดิม (จารุวรรณ, 2544)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ โรคความดันโลหิตสูงต้องรักษาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และผลจากภาวะแทรกซ้อนทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลกระทบต่อการทำงาน การทำหน้าที่บทบาทในสังคม และความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ทำให้ไม่แสดงบทบาทได้เหมือนเดิม สูญเสียรายได้ภายในครอบครัว โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดทุพพลภาพระยะยาว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือการดูแลจากญาติ (ประเสริฐ, 2552) นอกจากนั้นทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก โดยเฉลี่ย 782.37 บาทต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 1670.09 บาทต่อครั้งต่อราย (จันทร์เพ็ญ, 2543) อีกทั้งระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และใช้งบประมาณของรัฐจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากวัยอื่นๆ และผู้สูงอายุมีความต้องการการพยาบาลที่เฉพาะ (Chuang et al., 2003)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง (อังสินันท์, 2552) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ โดยปกติและสม่ำเสมอเพื่อป้องกันและเป็นการส่งเสริมสุขภาพตามความเชื่อของตน เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (Pender, Murdaugh, Parsons, 2006) โดยการปฏิบัติของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นในการกระทำสิ่งต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับสุขภาพตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นบทบาทเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเอง และป้องกันไม่ให้เกิดโรคกับตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และถูกหลักอนามัย งดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นต้น พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเกิดความผิดปกติ เช่น การแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น การแสวงหาการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับตนเอง (เขาวลัภษณ์, ถนัด, สุปานี, ปวีณา, 2543) พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติของบุคคลหลังจากยอมรับหรือได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าตนเองป่วย ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา รักษาโรค การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จนเป็นการปรับ แผนในการดำรงชีวิต

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ (European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology [ESH/ESC], 2007; JNC VII, 2003)

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิตสูง จากการศึกษาการรับประทานอาหารแบบ DASH และลดปริมาณการรับประทานอาหารเกลือโซเดียม สามารถลดความดันโลหิตลงได้ โดยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ถึง 8-14 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) ดังนั้น การควบคุมอาหารจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยควรคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังต่อไปนี้

1.1 การจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียม โดยทั่วไปอาหารในชีวิตประจำวันจะมีเกลือประมาณ 1-20 กรัม (สมจิตและพรทิพย์, 2545) ซึ่งสภาวิจัยแห่งชาติ (The Nation Research Council Recommendation) ของสหรัฐอเมริกาแนะนำว่าควรบริโภคเกลือไม่เกินวันละ 6 กรัม หรือโซเดียม 2,400 มิลลิกรัม (เกลือ 1 ช้อนชา เท่ากับ 2 กรัม) (วินัส, ถนอมขวัญ, และสุภาณี, 2545) จากการศึกษา พบว่า การลดการรับประทานเกลือไม่เกิน 6 กรัม หรือโซเดียมไม่เกิน 2.4 กรัมต่อวัน สามารถช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิก ประมาณ 2-8 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) ซึ่งเกลือโซเดียมนอกจากจะอยู่ในรูปเกลือแกงแล้วยังอยู่ในรูปอาหารอื่นๆ ซึ่งต้องระวังในการบริโภคอาหารต่างๆ เหล่านี้ด้วย เช่น เครื่องปรุงต่างๆ ผงชูรส ผงฟู ผงกันบูด อาหารที่ใช้เกลือในการถนอมอาหารก็มีเกลือตามธรรมชาติ เช่น ไข่ นม น้ำมะเขือเทศ อาหารทะเล ดังนั้นจึงไม่ควรเพิ่มรสเค็มในอาหารอีก

1.2 การลดหรือเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง (saturated fatty acid) อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงหรือมีโคเลสเตอรอลมากเกินไป ส่วนใหญ่ได้จากไขมันสัตว์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มระดับไขมันในเลือดและเป็นสาเหตุภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) นำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (วินัสและคณะ, 2545) โดยปกติในผู้ใหญ่ควรได้พลังงานจากไขมันร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด การได้รับไขมันมากเกินไป ทำให้ได้รับพลังงานเกินความต้องการ ทำให้เกิดการสะสมไขมันในรูปเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้เกิดโรคอ้วน และโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการประกอบอาหารที่ใช้น้ำมันมาก เช่น อาหารทอด ผัด ควรประกอบอาหารด้วยวิธี ต้ม ตุ่น อบ ย่าง หรือนึ่งแทน น้ำมันสัตว์ และน้ำมันพืชบางชนิดมีกรดไขมันอิ่มตัว ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ ไขมันในนม น้ำมันปาล์ม ควรใช้ไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น เนื้อสัตว์ติดมัน ได้แก่ เนื้อวัวเนื้อหมูติดมัน ขาหมู เป็ดพะโล้ หนังไก่ทอด ตีนไก่ หมูสามชั้น นอกจากนั้นอาหารที่โคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง อาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารทะเลจำพวก ปลาหมึก หอย กุ้ง ดังนั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเหล่านี้

1.3 การรับประทานอาหารจำพวกผักผลไม้เป็นประจำ การรับประทานอาหารจำพวก ผัก ผลไม้ ซึ่งเป็นอาหารที่มีเส้นใยอาหารปริมาณสูง สามารถช่วยลดไขมันในเลือดและทำให้ระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ เพราะเส้นใยในอาหารจะรวมตัวกับน้ำดีที่ร่างกายหลั่งออกมาช่วยในกระบวนการย่อย และการดูดซึมไขมัน ทำให้น้ำดีไม่มีโอกาสดูดซึมเข้าร่างกายได้อีก น้ำดีจึงถูกสร้างใหม่ที่ตับ เป็นการใช้โคเลสเตอรอลในร่างกายมากขึ้น ทำให้โคเลสเตอรอลที่สะสมในร่างกายลดน้อยลง โดยการเลือกรับประทานอาหารจำพวกผัก และผลไม้ที่มีแคลอรีต่ำ ซึ่งสามารถรับประทานได้ไม่จำกัด ได้แก่ ผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ดอกกะหล่ำ สำหรับผักที่

มีแคลอรีพอสมควร ไม่ควรรับประทานบ่อย เช่น มันเทศ มันฝรั่ง ข้าวโพดเพราะให้แคลอรีในปริมาณค่อนข้างสูง สำหรับผลไม้ควรรับประทานที่ไม่หวานจัด (สุพรชัย, 2542) และการรับประทานอาหารแบบ DASH ซึ่งมีส่วนประกอบของผักและผลไม้ และควบคุมปริมาณโซเดียมในระยะเวลา 30 วัน สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2-4 มิลลิเมตรปรอท (Coffman & Svetkey, 2007)

2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างมาก ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเป็น 2 ระยะ คือ ในระยะสั้นทำให้การไหลเวียนหลอดเลือดฝอยของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดต่อครั้งมากขึ้น ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง ในระยะยาว ทำให้ชีพจรเต้นช้าลง หัวใจโตทั้งขนาดและปริมาตรทำให้สูบฉีดเลือดมากขึ้น ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดประสาช้าลง (พิชิต, 2547) การออกกำลังกายน้อยหรือการขาดออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการไม่ออกกำลังกายมีผลทำให้เกิดโรคอ้วน ทำให้เกิดความผิดปกติของไขมันในเลือดและมีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น (Sakuta & Suzuki, 2006) การออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (แบบใช้ออกซิเจน) ทำให้ความต้องการออกซิเจนมากที่สุดเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ได้แก่ เดินเร็ว ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ พบว่าสามารถลดความดันโลหิตได้ (สมจิตและพรทิพย์, 2545) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกสม่ำเสมอ 30 นาทีต่อครั้ง และอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีผลทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงประมาณ 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) สำหรับการออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (ไม่ใช้ออกซิเจน) ได้แก่ การยก แบก นุดลาก หรือดึงของหนัก มีผลทำให้ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบและคลายตัวสูงขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายแบบนี้ เพราะอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงถึงขีดอันตรายได้ (สมจิตและอรสา, 2542) ซึ่งการออกกำลังกายที่ถูกต้องและได้ผลดีในการลดระดับความดันโลหิต ควรยึดหลักดังนี้ (American College Sport Medicine, 2006)

2.1 ความถี่ในการออกกำลังกาย (frequency) การออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์จะมีผลต่อการลดระดับของความดันโลหิต ผลของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง จะมีผลต่อการลดความดันโลหิตได้นานหลายชั่วโมง ความถี่ที่เหมาะสม คือ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ การที่ไม่ต้องออกกำลังกายทุกวัน เพราะร่างกายต้องมีช่วงหยุดพัก เพื่อซ่อมแซมกล้ามเนื้อและเอ็นที่อาจมีการบาดเจ็บ (วุฒิชัย, 2547)

2.2 ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (intensity) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิต ที่ระดับความหนักปานกลาง (moderate intensity exercise) คือ อัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 60-70 ของอัตราการเต้นสูงสุดของการคำนวณหาอัตราการเต้น

ของหัวใจเป็นเป้าหมาย (target heart rate) โดยหาอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (maximum heart rate) เสียก่อน โดยเอาอายุไปลบจาก 220 จากนั้นจึงเอา 60-79 เปอร์เซ็นต์ ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจมาหาอัตราการเต้นของหัวใจ (วุฒิชัย, 2547) ถ้าไม่สามารถจับชีพจรได้ อาจใช้ความรู้สึกเหนื่อย ในขณะที่ออกกำลังกายเป็นหลักในการควบคุมว่า ตนเองออกกำลังกายมากหรือน้อยเกินไปหรือไม่ ซึ่งในการออกกำลังกายความหนักระดับปานกลาง เพื่อป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง ควรให้มีความรู้สึกเหนื่อยก็เพียงพอ การออกกำลังกายระดับหนักปานกลางมีผลทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ศุขญา, 2553)

2.3 ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (time) ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งอย่างน้อยที่สุดควรออกกำลังกายนาน 15 นาที ซึ่งจะเกิดผลดี และดีที่สุดควรออกกำลังกายให้ติดต่อกันนาน 30 นาที (จิรายุและอุดม, 2543) โดยการออกกำลังกาย 30 นาทีต่อครั้ง และในความถี่ 3-5 วันต่อสัปดาห์การออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง โดยมีระยะเวลา 30-60 นาทีต่อวัน ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

2.3.1 ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (warm up phase) เป็นช่วยการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนจะออกกำลังกายอย่างเต็มที่ เพื่อให้ร่างกายรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น และให้การประสานงานของระบบต่างๆ ในร่างกายมีความเหมาะสม เกิดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อหรือยึดกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายอย่างช้าๆ เช่น การบริหารร่างกาย ใช้เวลา 5-10 นาที

2.3.2 ระยะออกกำลังกาย (exercise phase) เป็นช่วงที่ร่างกายมีการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ อัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมาย หัวใจและปอดมีการทำงานเพิ่มขึ้น ระยะนี้ใช้เวลา 20-60 นาที

2.3.3 ระยะผ่อนคลาย (cooling down phase) เป็นช่วงเวลาที่มีการลดความแรงของการออกกำลังกายลง โดยมีการออกกำลังกายที่เบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ ให้ร่างกายได้มีการปรับตัวสู่ภาวะปกติ อาจเป็นการออกกำลังกายเหมือนช่วงอบอุ่นร่างกาย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2.4 ประเภทของการออกกำลังกาย (type) ควรออกกำลังกาย แบบแอโรบิก การออกกำลังกาย โดยวิธีการเดินเร็วและการเดินแอโรบิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง (จิตราภรณ์, 2547) และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ โดยการเดินเร็ว มีผลลดความดันโลหิตซิสโตลิก 4-9 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003)

3. พฤติกรรมความเครียด ภาวะเครียดเป็นอีกหนึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต ในระบบหัวใจและหลอดเลือด ความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนอิพิเนพรีน (epinephrine) และนอร์อิพิเนพรีน (norepinephrine) ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด

หัวใจต้องทำงานโดยการบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kaplan, 2006) และพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ (สุปราณี, 2550) การจัดการกับความเครียด สามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิ การทำโยคะ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยควรเลือกวิธีการที่เหมาะสมตรงกับความพอใจของตนเอง การฝึกทำสมาธิ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียดในระดับสูง สามารถลดความเครียดให้อยู่ในระดับปานกลางได้ (เพลิน, 2550) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยใช้วิธีการนวดกดจุดฝ่าเท้า ทำให้ความเครียด ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง (พาพร, 2551) การฝึกโยคะ มีผลต่อระดับความเครียด ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง (MaCaffrey, Ruknui, Hattakit, & Kasetsomboon, 2005)

4. พฤติกรรมการรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มหลัก คือ ยาขับปัสสาวะ ยาต้านแคลเซียม (calcium antagonist) ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) ยา angiotensin receptor blocker (ARB) และยา beta-adrenergic blocker การเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุ นั้น ซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะเลือกยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ดังนั้นการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงด้วยยาในผู้สูงอายุ จะเกิดประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด ควรพิจารณาตามปัจจัยเสี่ยงการทำลายอวัยวะและโรคหัวใจ และหลอดเลือด และภาวะอื่นๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การปรับยาลดความดันโลหิตควรกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไปในผู้สูงอายุมากๆ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่าย (พีระ, 2553) นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง โดยต้องรับประทานยาทุกวัน ตรงเวลา ถูกจำนวนเม็ด ถูกขนาด ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเอง ไม่ควรรับประทานยาของผู้อื่น ไม่ควรนำยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน และไม่หยุดยารับประทานยา โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง การหยุดยา หรือการลืมรับประทานยา พฤติกรรมการรับประทานยาที่พบบ่อยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การลืมรับประทานยาหรือรับประทานไม่ครบทุกเม็ดตามที่แพทย์สั่ง รับประทานยาไม่ตรงตามเวลา หยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น และปรับขนาดยาด้วยตนเอง จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีอัตราเสี่ยงต่อการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เป็น 2.6 เท่า ของผู้ที่มีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าและเท่า 90 มิลลิเมตรปรอท การรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา (ปิยนุช, 2549) ในผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี การควบคุมความดันโลหิต

ให้ต่ำกว่า 150/80 มิลลิเมตรปรอท จะสามารถลดการเป็นโรคและตายจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ (Beckett et al., 2008)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีหลายปัจจัย ดังนี้

1. อายุ ในวัยผู้สูงอายุความสามารถในการจัดการและการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย การขาดความสามารถด้านร่างกายและพบมากที่สุดเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (วิไลวรรณ, 2554) พบว่ามีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการดูแลตนเองทั่วไป การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การตรวจรักษาและการมาตรวจตามนัด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (สิรินาถ, 2548)

2. ระดับการศึกษา ในผู้สูงอายุระดับการศึกษามีผลต่อความสามารถในการเข้าใจและจัดการกับข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ (health literacy) ซึ่งประกอบด้วย ทักษะพื้นฐานในการอ่านหรือการเขียนหนังสือ และการนับเลข มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื่องยาที่รับประทาน เช่น การคำนวณว่ายาที่ใช้อยู่ประจำจะหมดเมื่อไหร่ เพื่อวางแผนการไปรับยาอย่างต่อเนื่อง (Resnick & Mitty, 2009) อ้างตาม นริรัตน์, 2554) โดยในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านความเจ็บป่วยมากขึ้น ทั้งนี้เพราะขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันโรคและการรักษาสุขภาพของตนเอง ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ศิริมา, 2548)

3. รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ในการอำนวยความสะดวกในการจัดการของบุคคล รายได้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ตลอดจนจัดหาของใช้ที่จำเป็น เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี (Pender, 2002) จากการศึกษา ของวรรัตน์ (2546) เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยไม่มีเงินค่าเดินทางไปรักษาร้อยละ 28.3 รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (อรุณรัตน์, 2545)

4. ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งส่งผลต่อร่างกาย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพได้ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่น จากการศึกษา ของอรุณลดา (2550) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($p < .01$) กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคซึ่งมีผลต่อร่างกายและอาจก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบท่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักและพยายามปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา (2544) ซึ่งพบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญ

5. การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 60 ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว (สมศักดิ์, 2552) ทั้งนี้ ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือโดยให้กำลังใจ สนับสนุน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ (Loring, 2003; Mary & Karen, 2005) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสุภรณ์ (2551) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. ระบบบริการสุขภาพ และการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ ในปัจจุบันได้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ในชุมชนมากขึ้น โดยมีระบบการส่งต่อที่ดี เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพทุกระดับมีส่วนร่วมในกระบวนการส่งเสริมความสามารถในการดูแลและจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน นอกจากนี้ยังมีระบบบริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) โดยบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจากระบบบริการสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการตนเองอย่างจริงจัง และนอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการให้การสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคได้

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการได้มาซึ่งข้อมูลพฤติกรรม ของบุคคลที่ แสดงออก และนำมาวิเคราะห์เพื่อให้สามารถกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่เหมาะสมได้ (สมโภชน์, 2549) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Cone, 1978 อ้างตาม สมโภชน์, 2549)

1. วิธีการประเมินโดยตรง (direct methods of assessment) ประกอบด้วย การสังเกต พฤติกรรม (observation) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง (self-monitoring) การวัดผลที่เกิดขึ้น ของพฤติกรรม (measurement of product) การวัดทางสรีระ (physiological measures)
2. วิธีการประเมินทางอ้อม (in direct methods of assessment) ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ (interview) การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น (information from other people) การรายงานตนเอง (self report)

การเลือกใช้แต่ละวิธีจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับพฤติกรรมที่จะประเมิน ใน การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อ ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้ป่วยรายงานพฤติกรรมตนเอง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของสร้อยจันทรา (2547) ซึ่งดัดแปลง มาจากสร้อยจันทร์ (2545) มีข้อคำถามอยู่ 29 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติ 6 ด้าน คือ ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการควบคุม บัญชีเสี่ยง ด้านการตรวจตามนัด ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราส่วน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .96

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของยุทธพงษ์ (2550) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมอาหาร ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับ ความเครียด ด้านการควบคุมบัญชีเสี่ยง ด้านการตรวจตามนัด มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะ คำถามเป็นแบบมาตราส่วน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีค่าความเที่ยง .85

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของ พัชรภักดิ์ (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เรื่อง โรคความดัน โลหิตสูง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2547) และแบบวัดการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ของทัศนีย์ (2545) โดยข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

รวมทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติตัวทั่วไป ด้านการรับประทานอาหารและการเลือกอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ มีค่าความเที่ยง .78

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (ศศิธรณ์, 2551) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของสมพร (2543) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการรับประทานยาและติดตามผลการรักษา และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของยุทธพงษ์ (2550) โดยนำมาดัดแปลงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวที่จะศึกษา ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและด้านการมาตรฐานวัด เนื่องจากในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเลิกพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่สำหรับการมาตรฐานวัด คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก ส่วนใหญ่มีการนัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 8 สัปดาห์ต่อครั้ง ซึ่งระยะเวลาของโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ใช้เวลา 8 สัปดาห์ จึงทำให้ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมด้านการมาตรฐานวัดได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพียง 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการรับประทานยา โดยเพิ่มข้อคำถามเป็น 37 ข้อ โดยแยกรายละเอียดจากข้อคำถามเดิม และเพิ่มข้อคำถามใหม่ เพื่อให้มีความชัดเจนในข้อคำถาม และครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านมากยิ่งขึ้น

บริบทของสถานที่ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ซึ่งให้บริการในวันพฤหัสบดี และวันศุกร์ มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการเฉลี่ยวันละ 80-100 ราย ผู้ป่วยที่มารักษาก็จะได้รับบริการตามปกติ ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก การวัดสัญญาณชีพ การซักถามอาการ การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นรายบุคคล ตามสภาพปัญหา และการนัดให้มาพบแพทย์ ในผู้ป่วย

ความดันโลหิตที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จะมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ต่อเนื่อง โดยที่ไม่ต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ความหมายการจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ทุกกระบวนการ เป็นความสามารถของผู้ป่วยที่กระทำ หรือร่วมกระทำกับผู้อื่น แนวคิดนี้มีพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ (cognitive) และตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงพฤติกรรมที่มีคุณค่า หรือสิ่งที่มาส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุกของชีวิต (Holman & Loring, 2000) องค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้การพัฒนาการดูแลที่มีขึ้นมาจากการได้รับความรู้ การเรียนรู้ และประสบการณ์นำมาตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือโดยให้กำลังใจ สนับสนุน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสาร การมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการจัดการตนเองได้ (Loring, 2003; Mary & Karen, 2005)

แนวคิดการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ที่เสนอโดยแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) โดยมีความเชื่อพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของบุคคล มีจุดเน้นที่ความรับผิดชอบของบุคคล ที่มีพฤติกรรมของตนเองที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ เรียนรู้ทักษะใหม่และการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การสร้างให้ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความรับผิดชอบต่อการรักษา ต้องได้รับการกระตุ้นอย่างเข้มแข็งที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากบุคลากรทางสุขภาพ เป้าหมายหลักของแนวคิดการจัดการตนเอง ได้แก่ (1) ช่วยให้ผู้รับบริการมีพัฒนาพฤติกรรมด้านการคิด การจัดการกับอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (2) เปลี่ยนแปลงการรับรู้และทัศนคติการประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

และ (3) เปลี่ยนแปลงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียด หรือเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาด้วยการยอมรับว่าเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

แนวความคิดการจัดการตนเองพัฒนา มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social cognitive theory) โดยมีนักวิชาการได้เสนอกลวิธีในการจัดการตนเองที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งกลวิธีในการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) แคนเฟอร์และแกลลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ดังต่อไปนี้

1. การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมที่สังเกตและติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุหรือพฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตามและบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาสุขภาพ ที่บุคคลกำลังพยายามจัดการด้วย การติดตามตนเองทำให้บุคคลระมัดระวังที่จะไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แต่จะแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์แทน การแสดงพฤติกรรมจึงเป็นไปอย่างรู้ตัวหรือมีสติ การติดตามตนเอง เป็นการให้ข้อมูลแก่ตนเองในการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ทำให้ทราบว่าคุณสมบัติเป้าหมายเกิดขึ้นหรือไม่ การบันทึกพฤติกรรมตนเอง ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมไปในทางทิศใด มีระดับมากน้อยแค่ไหน พฤติกรรมตรงตามเกณฑ์ที่จะเสริมแรงหรือไม่ นอกจากนี้ผลของการติดตามตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมายที่วางไว้ บุคคลจะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.1 ประสิทธิภาพของการติดตามตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการดังต่อไปนี้

1.1.1 ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม มักจะพบว่าเพียงแต่บอกให้ผู้รับการปรับพฤติกรรมนั้นบันทึกพฤติกรรมเอง ไม่ได้หมายความว่า จะได้รับข้อมูลที่แม่นยำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บันทึก ถ้าข้อมูลที่ได้มีผลต่อการได้รับการเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกจะน้อยลง เพราะข้อมูลที่ได้อาจสูงกว่าความเป็นจริง จึงได้มีการพยายามที่จะหาทางให้การบันทึกพฤติกรรมตนเองมีความแม่นยำขึ้น โดยการให้การเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรม ซึ่งกระทำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากผู้อื่นสังเกต ถ้าตรงกันก็จะได้รับการเสริมแรง

1.1.2 ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม การติดตามตนเอง อาจจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเองหรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

1.1.3 ความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ การติดตามตนเองจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพฤติกรรมที่เป้าหมายนั้นเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ง่าย

- 1.2 ขั้นตอนในการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้
- 1.2.1 เลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน
- 1.2.2 จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกตได้ชัดเจน

- 1.2.3 กำหนดวิธีการบันทึกและเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก
- 1.2.4 ทำการสังเกตและบันทึกพฤติกรรม
- 1.2.5 แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน
- 1.2.6 วิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

2. การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมหรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ว่าพฤติกรรมนั้นเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น โดยการประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการติดตามตนเอง

3. การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) เป็นขั้นตอนการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ ซึ่งการเสริมแรงอาจเป็นการเสริมแรงทางบวก หรือการเสริมแรงทางลบ โดยที่ประเภทของการเสริมแรงมีดังต่อไปนี้

3.1 การให้แรงเสริมตนเอง (self-reinforcement) เป็นขั้นตอนการให้แรงเสริมแก่ตนเอง เมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ ซึ่งการเสริมแรงอาจเป็นการเสริมแรงทางบวก หรือการเสริมแรงทางลบ โดยที่ประเภทของการเสริมแรงประกอบด้วย (1) ตัวเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ (material reinforcers) เช่น อาหาร และสิ่งของต่างๆ เช่น ขนม เสื้อผ้า น้ำหอม รถยนต์ (2) ตัวเสริมแรงทางสังคม (social reinforcers) ในลักษณะของคำพูดและการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าไปใกล้ หรือให้สัมผัส (3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (activity reinforcers) (4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (token reinforcers) มักอยู่ในรูปของเงินเบี้ย แต้ม ดาว แสตมป์ หรือคูปองและ (5) ตัวเสริมแรงภายใน (covert reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข ความภาคภูมิใจ

ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ ในการจัดการตนเองสามารถนำวิธีการเสริมแรงมาใช้ได้หลายวิธี แต่วิธีที่ดี คือ เป็นวิธีที่ง่ายและตนเองมีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี สิ่งสำคัญคือ แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเอง เพราะผู้อื่นไม่สามารถ

ที่จะทราบว่าบุคคลนั้นมีความต้องการเสริมแรงหรือไม่ วิธีที่ดีที่สุดในการเสริมแรง คือ ต้องเสริมแรงทันที ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ให้ตามความต้องการและเหมาะสมของบุคคล

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความจำเป็นต้องจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อเป้าหมายของการรักษา คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่การจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม และสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุมีสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะทำให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการจัดการตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง ของเคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งมีความเชื่อว่าไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้ นอกจากตัวบุคคลนั้นเอง บุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง แต่ในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุซึ่งมีข้อจำกัด และขีดความสามารถทางด้านร่างกายในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และค้นหาปัญหาในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมา โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าประสบการณ์การจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมา กับมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการจัดการตนเอง และค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัย ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกันหาวิธีการที่จะช่วยแก้ไขปัญหการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง และวิธีการประเมินผลการบรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันเลือกแนวปฏิบัติในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

เพื่อให้มีการวางแผนการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย โดยที่ผู้วิจัยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ดังนี้

1.1 การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย (1) เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (2) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งให้ผู้ป่วย และครอบครัว ดูตัวอย่างโมเดลอาหารที่เหมือนจริงในกลุ่มอาหารที่ไม่ควรรับประทานและกลุ่มอาหารที่ควรรับประทาน (3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (4) การจัดการกับความเครียดเป็นกิจกรรมการปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละราย และ (5) ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยและครอบครัว สาธิตขั้นตอนการออกกำลังกาย และวิธีการออกกำลังกายสาธิตวิธีผ่อนคลายความเครียด พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด

1.3 อธิบายและฝึกบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ติดตามตนเอง และครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัว ได้ร่วมกันประเมินผลการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

1.4 สนับสนุนการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แสดงความคิดเห็นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคำถามให้เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละราย โดยการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

1.5 สนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในเรื่องการควบคุมระดับความดันโลหิต และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแต่ละราย โดยกำหนดเป้าหมายว่าจะลดความดันโลหิตเหลือระดับใด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป้าหมายในการปรับพฤติกรรมการรับประทาน อาหาร เช่น ผู้ป่วยงดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มให้ได้ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป้าหมายในการปรับพฤติกรรมออกกำลังกาย เช่น ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยวิธีการเดินวันละ 30 นาที ความถี่ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และหลังจากนั้นค่อยเพิ่มจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นเรื่อยๆ เป้าหมายในการปรับพฤติกรรมจัดการกับความเครียด เช่น เมื่อผู้ป่วยไม่สบายใจหรือมีปัญหาจะพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือฝึกการหายใจเป้าหมายการปรับพฤติกรรมรับประทานยา เช่น ผู้ป่วยจะรับประทานยา

ตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอและจะไม่ปรับลดหรือเพิ่มยาเอง โดยเน้นให้ครอบครัวสนับสนุนในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างจริงจัง

2. ขั้นตอนติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเอง เป็นการให้ผู้ป่วยฝึกจัดการตนเอง เพื่อจัดการกับปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาปัญหาในการจัดการตนเองโดยการนำความรู้ที่ได้เรียนรู้ในขั้นตอนที่ 1 นำไปปฏิบัติเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตจริง ในขั้นตอนการจัดการตนเองนี้ ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุน และอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการตนเอง โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำและกำกับในการปฏิบัติตน การจัดหาอาหารและเตรียมอาหาร และดูแลกำกับให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค จัดซื้ออุปกรณ์ในการออกกำลังกายเตรียมสถานที่ในการออกกำลังกายหรือพาผู้ป่วยไปออกกำลังกาย พுகุญให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีเรื่องไม่สบายใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ การให้กำลังใจ ให้การยกย่องชมเชยในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมาย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเอง ได้ตลอดเวลา และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการจนกว่าผู้ป่วยจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งในขั้นตอนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

2.1 การติดตามพฤติกรรมสุขภาพ (self-monitoring) โดยผู้ป่วยบันทึกหรือครอบครัวเป็นช่วยเหลือในการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในเรื่องการรับประทาน การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการแก้ไขปัญหาอีกครั้ง เมื่อผู้วิจัยติดตามผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6

2.2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ (self-evaluation) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามที่เป้าหมายกำหนดไว้หรือไม่ โดยให้มีการประเมินตนเองทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้ร่วมกันทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและให้ระดับความดันโลหิตเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้

2.3 เป็นขั้นตอนที่กระตุ้นให้ผู้ป่วย เมื่อสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่น การชื่นชมตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ บุคคลในครอบครัวเสริมแรง โดยการช่วยเหลือสนับสนุนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ให้กำลังใจ ให้การ

ชื่นชมและยกย่อง ผู้วิจัยเสริมแรงโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6

ผลลัพธ์ของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิต

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบพลวัตรในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังที่ต้องการกระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องได้รับการยอมรับในความสามารถและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองโดยวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเป็นผู้ให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยให้เกิดการจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ และความรู้เป็นสิ่งที่จะช่วยในการผสมผสานการจัดการตนเองให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีความเหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coates & Boore, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นว่า การจัดการตนเองส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยกลวิธีการจัดการตนเองส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินส่วนใหญ่คือทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเอง ผลการรักษาที่เกิดจากการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งคุณภาพที่ดีของผู้ป่วย

ผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของพัชร (2555) มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 16 สัปดาห์ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ มอบคู่มือ ฝึกทักษะ และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม และการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย วัดพฤติกรรมสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ กรสินันท์ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง มีระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 28 วัน โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ ฝึกทักษะ ในการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด และให้ผู้ป่วยนำผลระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ คำปรึกษาและร่วมกับผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือด วัดพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดหลังสิ้นสุด

โปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยกิจกรรมการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ศิริวัฒน์ (2551) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 18-60 ปี ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 12 สัปดาห์ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การแจกคู่มือ การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง วัดพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญและระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกับการศึกษา สุภัสสร (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18-60 ปี ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ การแจกคู่มือ การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 วัดพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฟง, วิน, และโรเบิร์ต (Feng, Wen, & Robert, 2008) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เชื่อมโยงในประเทศไทย โดยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการตนเอง 4 ครั้ง ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้ การแจกคู่มือ กิจกรรมการออกกำลังกาย การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต และการลดลงของระดับความดันโลหิต โดยมีการติดตามผู้ป่วยในระยะ 1 เดือน และ 4 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น น้ำหนักลดลง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาของเบญจมาศ (2554) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับความดันโลหิตลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเองที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นและปัจจัยทางด้านแบบแผนในการดำเนินชีวิต การจัดการกับพฤติกรรมของตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ สำหรับแนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยที่บุคลากรทางด้านสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเองในผู้สูงอายุการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง อาจทำได้ในขอบเขตที่จำกัดเนื่องจากสภาพทางด้านร่างกายที่ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยนำแนวคิดของ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 การติดตามตนเอง ขั้นที่ 2 การประเมินตนเอง และขั้นที่ 3 การเสริมแรงตนเองซึ่งมีรายงานการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมา ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น คือ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการตนเอง และผลการรักษาที่เกิดจากการจัดการตนเองสำหรับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง (two-group pretest and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ระหว่างเดือน มิถุนายน 2556 ถึงเดือนกันยายน 2556 จำนวน 50 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่มควบคุม 25 ราย กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา
2. เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมหรือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน
4. สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. มีสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

1. เป็นผู้ดูแลตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ที่ผู้ป่วยฝึกการจัดการตนเอง
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. อ่านและเขียนภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวาย
2. สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.8 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (เบญจมาศ, 2554) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้ค่าเท่ากับ .77 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่ม กลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งหมด 50 ราย (ภาคผนวก ก)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกเรื้อรัง โดยผู้ช่วยวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม จนครบ 25 ราย หลังจากนั้นจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม

ส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยการจับคู่ (matched pair) ให้มีความคล้ายคลึงกัน คือ (1) เพศ (2) อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และ (3) ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับความรุนแรงเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาลและข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับความรุนแรงของโรค ความดันโลหิต ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิต โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วม กลุ่มยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิต ในปัจจุบัน การใช้อื่นร่วมในการรักษาโรคอื่นๆ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายในปัจจุบัน ความเครียด แหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วย

1. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

1.4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลง จากแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงของยุทธพงศ์ (2550) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน คือ (1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-15 (2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-24 (3) การจัดการกับความเครียด จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 25-31 และ (4) พฤติกรรมการรับประทานยา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 32-37

คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวก (ข้อที่ 1, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 36) คำถามด้านลบ (ข้อที่ 2, 3, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 37) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อ ทั้งในคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ ดังนี้

คำถามด้านบวก

คะแนน 4	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
คะแนน 3	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
คะแนน 2	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
คะแนน 1	หมายถึง	ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลย

คำถามด้านลบ

คะแนน 1	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
คะแนน 2	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้นอย่างน้อย 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
คะแนน 3	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
คะแนน 4	หมายถึง	ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลย

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวม ใช้หลักจัดอันดับแบบอิงเกณฑ์ คำนวณหาอันตรายภาคชั้น โดยนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่แบ่ง (สุวิมล, 2546) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ และแปลผล ดังนี้

1. การแปลผลคะแนนโดยรวม

คะแนน 37.00-74.00	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 74.01-111.00	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 111.01-148.00	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2. การแปลผลคะแนนรายด้าน

2.1 ด้านการรับประทานอาหาร

คะแนน 15.00-30.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 30.01-45.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 45.01-60.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง

2.2 ด้านการออกกำลังกาย

คะแนน 9.00-18.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 18.01-27.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 27.01-36.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง

2.3 ด้านการจัดการกับความเครียด

คะแนน 7.00-14.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 14.01-21.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 21.01-28.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง

2.4 ด้านการรับประทานยา

คะแนน 6.00-12.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 12.01-18.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 18.01-24.00 หมายถึง พฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง ของเคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วย การดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการส่งเสริมการจัดการตนเอง และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นรายกลุ่ม ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการติดตามตนเอง ประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองของผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ให้ความรู้และมอบคู่มือ และการฝึกทักษะที่ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติและแนวทางในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวเป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 ซึ่งเป็นการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วย เปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ การโทรศัพท์ติดตามที่บ้านผู้ป่วยเป็นรายบุคคลของผู้วิจัย ให้ความรู้เพิ่มเติม เพื่อช่วยให้การปฏิบัติสุขภาพของผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ให้กำลังใจและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการประเมินผลโปรแกรม โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้สรุปผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมาทั้งหมด ประกอบด้วย

2.1.1 สื่อนำเสนอภาพนิ่งเนื้อหา ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรค สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง วิธีการผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.1.2 ตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริง ในกลุ่มอาหารที่ไม่ควรรับประทาน และกลุ่มอาหารที่ควรรับประทานสำหรับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง

2.1.3 คู่มือการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต ในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.1.4 แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ มีลักษณะแบบเติมข้อความประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย ในการควบคุมระดับความดันโลหิต การปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา เป็นรายวัน สำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยที่ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้บันทึกด้วยตนเองทุกวัน หรือให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักเป็นผู้บันทึกให้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง (2) คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง (3) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง และ (4) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 2 ท่าน จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาแก้ไขปรับปรุง โดยโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ควรเพิ่มเติมกิจกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มเติมแหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูง และควรระบุบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้ป่วย คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงควรปรับขนาดตัวอักษร แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจของเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

1. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิก โรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้การคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง เท่ากับ .78

2. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ จำนวน 2 เครื่อง ทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบสภาพของเครื่องมือให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้โดยตรง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิศวกรรมทางการแพทย์ที่ 9 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ทำการศึกษานำร่องเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจริง 2 ราย โดยจัดโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เหมือนกับ โปรแกรมที่จะทำการศึกษา มีการติดตามทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง แล้วจึงประเมินผลโปรแกรม ในระหว่างทำการศึกษาผู้วิจัยบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขการใช้โปรแกรมและแบบสอบถาม ให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ก่อนทำการศึกษาจริง

2. เสนอโครงร่างที่ผ่านการพิจารณาแล้ว ให้คณะกรรมการประเมินผลงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัย

3. เมื่อผ่านการพิจารณาขออนุมัติทำการวิจัย โดยผู้วิจัยทำหนังสือเสนอคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อขออนุมัติหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และทำหนังสือแนะนำตัวถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

4. ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยจัดหาผู้ช่วยวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

5.1 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหน้าที่วัดความดันโลหิตและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

5.2 ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางการบันทึกข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจ และซักถามเกี่ยวกับ การวัดความดันโลหิตและการลงบันทึก การใช้แบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูล และทดลองวัดความดันโลหิต โดยนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย นำข้อผิดพลาดและปรับวิธีการประเมินให้ตรงกัน

6. ผู้วิจัยสำรวจผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

7. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจ้งระยะเวลาในการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรก จัดให้เป็นกลุ่มควบคุม และ 25 รายต่อมา เป็นกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการดังนี้

1. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรกที่คลินิกโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.4 กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การซักถามอาการ การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมความดันโลหิตเป็นรายบุคคล ตามสภาพปัญหา และการนัดให้มาพบแพทย์

1.5 นัดกลุ่มตัวอย่างอีก 8 สัปดาห์ ที่คลินิกโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 2 ถ้าหาก

กลุ่มตัวอย่างต้องการขอคำปรึกษาในการจัดการตนเองในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยให้คำปรึกษา และแจกคู่มือการจัดการตนเองเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง

2. กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสนับสนุนในการจัดการตนเองรายกลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 เป็นขั้นตอนการเตรียมพร้อมเพื่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง และครอบครัว สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 เป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง และสัปดาห์ที่ 8 เป็นการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองโดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก

1) แนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 1 โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง หรือผู้ช่วยวิจัยอ่านคำถามให้ผู้ป่วยตอบในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

3) กำหนดสถานที่และวันนัดเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม จากเดิมกำหนดไว้กลุ่มละ 12-13 คนและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ใช้สถานที่ห้องประชุมของโรงพยาบาล แต่เนื่องจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักที่อยู่ในตำบลที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลไม่สะดวกในการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงจัดแบ่งกลุ่มใหม่เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน และเพิ่มสถานที่ในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก คือ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ที่ตั้งอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับความสะดวกในการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อม

2.1 ขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว (ใช้เวลาประมาณ 90 นาที)

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ที่ห้องประชุม โรงพยาบาล/ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง ในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

สุขภาพ และระดับความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันติดตามและประเมิน พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

- ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันเลือกแนวทางในการปฏิบัติ และบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติและตรวจสอบผลการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

- ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเสริมแรงตนเอง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยและสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจในการเสริมแรงให้กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ และตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

หลังจากที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยแจ้งการ โทรศัพท์ติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือ จากสมาชิกในครอบครัวเป็นรายบุคคล ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 และประเมินผล โปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8 ทั้งนี้ถ้าหากผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว มีปัญหาหรือข้อสงสัยใดๆ ในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

2.2 ขั้นตอนการติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัว (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที)

ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6)

โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว สอบถามภาวะสุขภาพ ทั่วไป เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย

2) ผู้วิจัยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันประเมินการจัดการพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยในช่วงแต่ละสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เล่าให้ผู้วิจัย ฟังเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และจากบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ บันทึกไว้ เพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

3) ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันเปรียบเทียบการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัว ได้ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย

4) ผู้วิจัยให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจสอบทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

5) ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเอง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และลงบันทึก เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติ

6) ผู้ป่วยพิจารณาเสริมแรงตนเองตามความเหมาะสม สมาชิกในครอบครัวเสริมแรงผู้ป่วยโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา รวมทั้งให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และการยกย่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจนกว่าบรรลุเป้าหมาย

7) กำหนดวันนัดครั้งต่อไป

2.3 ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 8) ที่ห้องคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก (ใช้เวลาประมาณ 60 นาที)

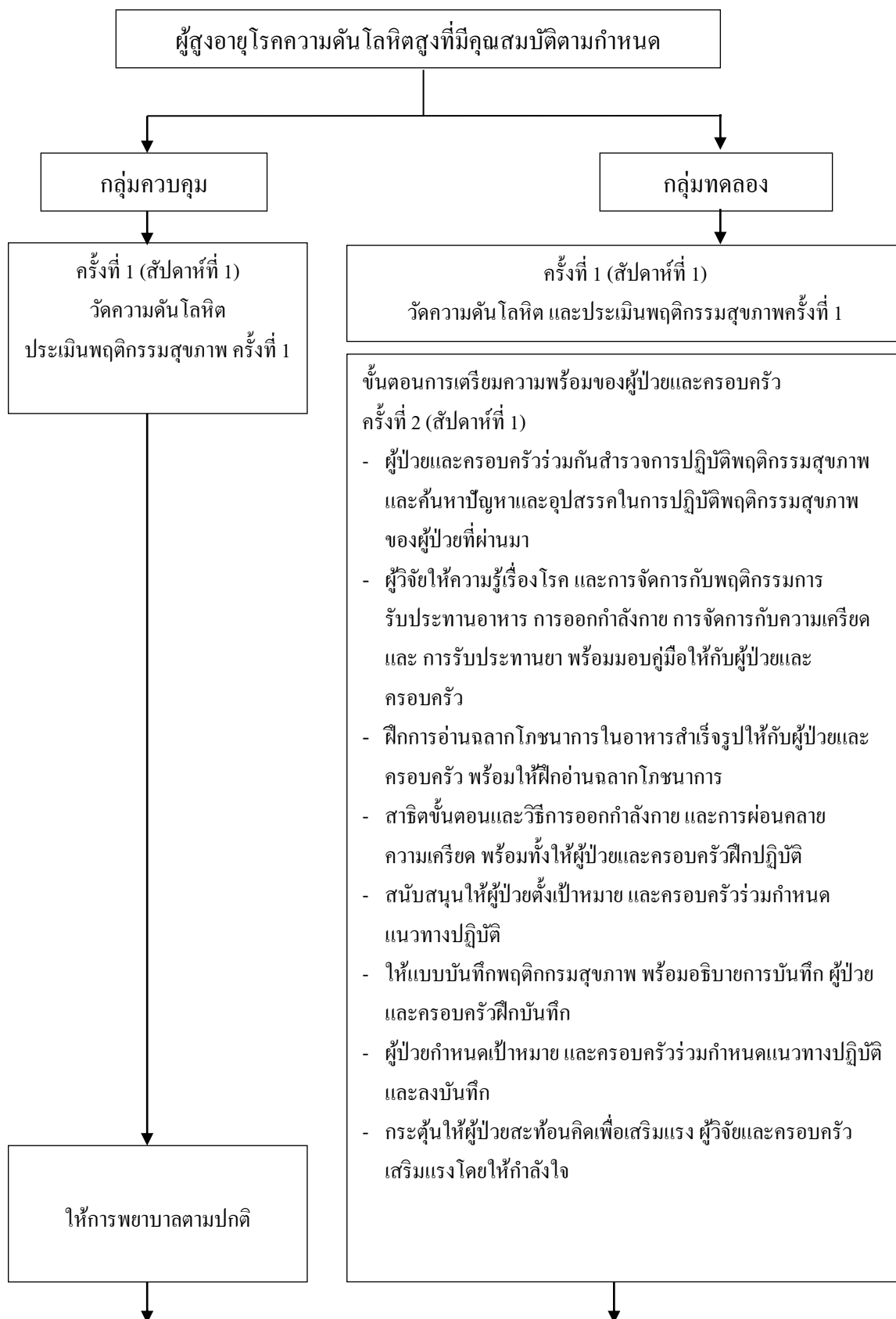
1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และซักถามภาวะสุขภาพทั่วไป ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครบ 8 สัปดาห์ พร้อมทั้งให้กำลังใจ และชมเชยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยวัดความดันโลหิต ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองครั้งที่ 2

3) ผู้วิจัยสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

4) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในความร่วมมือ
สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังภาพ 2

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง (ต่อ)



ภาพ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตรวจสอบข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมาแก้ไขข้อบกพร่องให้ถูกต้อง โดยขอข้อมูลเพิ่มเติมจากเพิ่มประวัติผู้ป่วย และจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดำเนินการวิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ก่อนการเก็บข้อมูล โดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษา หรือบริการทางการแพทย์ที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามเวลาที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกและออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาล อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ จะนำเสนอเฉพาะในการวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบรับทางวาจาในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ง) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบรับการเข้าร่วมวิจัยทางวาจา และเมื่อเก็บข้อมูลจริงไม่มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิงประมวลผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นที่พบร่วม กลุ่มยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต การใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโรคอื่นๆ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย นำมาแจกแจง

ความถี่ร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exactest) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คำนีวมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ อายุ วิเคราะห์ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ระหว่างควบคุมละกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 2กลุ่มที่อิสระต่อกัน (Independent t-test)

ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ ดังนี้ (ภาคผนวก จ)

1. การแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยใช้ Z-value พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวกจ)

2. ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Levene's test ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า $F = .166$ และ $.039$ ตามลำดับ และค่า p-value เท่ากับ $.685$, $.844$ ตามลำดับ ส่วนข้อมูลค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง พบว่า $F = .586$, และ $.192$ ตามลำดับ ค่า p-value เท่ากับ $.448$ และ $.663$ ตามลำดับ และค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า $F = 9.009$ และ $.086$ ตามลำดับ ค่า p-value เท่ากับ $.004$ และ $.771$ ตามลำดับ แสดงว่าความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองและความแปรปรวนของค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นค่าความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลอง พบว่าความแปรปรวนค่าความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงต้องมาอ่านข้อมูลของ equal variance not assumed ด้วยค่า p-value $< .001$ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก จ)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 50 ราย โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 25 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

4. สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.12 ปี (SD = 4.81) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.60 ปี (SD = 5.54) ด้านสถานภาพการสมรส ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 72 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 64 กลุ่มทดลองนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 60 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76 ด้านการศึกษาทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 92 ด้านการประกอบอาชีพทั้งสองกลุ่ม ไม่ได้ประกอบอาชีพ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 52 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 56 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 5,000-10,000 บาท กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68 ซึ่งทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 76 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 84 สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ ใช้บัตรประกันสุขภาพ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 92 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 80

เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และใช้สถิติทีอิสระ (Independent t test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ด้านศาสนา และระดับการศึกษา ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 50)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistics value	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ**					.00	1.00
ชาย	8	32	8	32		
หญิง	17	68	17	68		
อายุ (ปี)***	Range = 60-82		Range = 62-80		.00	1.00
	$(\bar{x} = 68.60, SD = 5.54)$		$(\bar{x} = 70.12, SD = 4.81)$			
60 - 69	14	56	14	56		
70 - 79	10	40	10	40		
> 79	1	4	1	4		
สถานภาพการสมรส*					1.71	.42
โสด	0	0	1	4		
คู่	16	64	18	72		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9	36	6	24		
ศาสนา**					6.65	.02
พุทธ	19	76	10	40		
อิสลาม	6	24	15	60		
ระดับการศึกษา*					7.28	.02
ไม่ได้รับการศึกษา	2	8	8	32		
ประถมศึกษา	23	92	15	60		
มัธยมศึกษา	0	0	2	8		

* Chi-square, ** Fischer's exact test, *** Independent t test

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistics value	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ*					2.09	.55
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	56	13	52		
เกษตรกร	9	36	8	32		
รับจ้าง	0	0	2	8		
ค้าขาย	2	8	2	8		
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน*					1.24	.53
5,000 - 10,000 บาท	17	68	20	80		
10,001- 15,000 บาท	2	8	2	8		
มากกว่า 15,000 บาท	6	24	3	12		
ความเพียงพอของรายได้**					.50	.72
ไม่เพียงพอ	4	16	6	24		
เพียงพอ	21	84	19	76		
สิทธิการรักษาพยาบาล**					1.49	.41
เบิกได้	5	20	2	8		
บัตรประกันสุขภาพ	20	80	23	92		

* Chi-square, ** Fischer's exact test

ส่วนที่ 1 ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.47 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 3.74) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 160.24 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.54) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 97.52 มิลลิเมตรปรอท (SD = 5.14) สำหรับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิต มีระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56 มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 5.28 ปี (SD = 1.96) โรคประจำตัวอื่นที่พบร่วมกับโรค

ความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 76 การใช้ยาควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่ใช้ยาตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ร้อยละ 68 และมีการใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโรคอื่นๆ คือ ยาต้านการอักเสบ เช่น ไดโคลฟีแนค (diclofenac) ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่/ใบจากร้อยละ 88 และไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 100 ในปัจจุบันผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 68 โดยใช้วิธีเดินในการออกกำลังกาย ร้อยละ 64.8 ความถี่ในการออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 58.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียด ร้อยละ 76 เป็นความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 94.7 โดยใช้การประเมินความเครียด ST-5 (ภาคผนวก ฉ) ส่วนสาเหตุของความเครียดเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 52.6 สำหรับแหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.43 กิโลกรัมต่อเมตร² (SD = 4.42) มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 156.96 มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.06) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 96.76 มิลลิเมตรปรอท (SD = 6.00) สำหรับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิต มีระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56 และมีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 4.88 ปี (SD = 2.71) สำหรับระดับความรุนแรงของโรคมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56 ส่วนโรคประจำตัวอื่นที่พบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ พบว่าเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 76 การใช้ยาในการควบคุมความดันโลหิต ส่วนใหญ่ใช้ยาตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ร้อยละ 76 และมีการใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโรคอื่นๆ คือ ยาสมุนไพร เช่น บอระเพ็ด และขมิ้นชัน ร้อยละ 32 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่/ใบจากร้อยละ 80 และไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 96 ในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 72 โดยใช้วิธีเดินในการออกกำลังกาย ร้อยละ 61.1 ความถี่ในการออกกำลังกาย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 72.2 ผู้ป่วยมีความเครียด ร้อยละ 64 เป็นความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 62.5 (โดยใช้การประเมินความเครียด ST-5) ส่วนสาเหตุของความเครียดเกิดจากสภาพปัญหาในครอบครัว ร้อยละ 50 สำหรับแหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ส่วนใหญ่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100

เมื่อนำข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และใช้สถิติทีอิสระ (Independent t test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น โรคประจำตัวอื่นที่พบร่วมและแหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N = 50)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistics value	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย***	$(\bar{x} = 26.43, SD = 4.42)$		$(\bar{x} = 24.47, SD = 3.74)$		-1.69	.09
น้อยกว่า 18.50 กก./ตร.ม.	0	0	2	8		
18.50 – 22.9 กก./ตร.ม.	6	24	7	28		
23 - 24.9 กก./ตร.ม.	3	12	5	20		
25.00 - 29.9 กก./ตร.ม.	9	36	10	40		
30 หรือมากกว่า กก./ตร.ม.	7	28	1	4		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก***	$(\bar{x} = 156.96, SD = 10.06)$		$(\bar{x} = 160.24, SD = 11.54)$		-1.07	.29
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก***	$(\bar{x} = 96.76, SD = 6.00)$		$(\bar{x} = 97.52, SD = 5.14)$		-.48	.63
ระดับความรุนแรงของโรค					.00	1.00
ความดันโลหิต**						
ระดับเล็กน้อย	14	56	14	56		
ระดับปานกลาง	11	44	11	44		
ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิต***	$(\bar{x} = 4.88, SD = 2.71)$		$(\bar{x} = 5.28, SD = 1.96)$.59	.55
0 - 1 ปี	3	12	1	4		
> 1 - 5 ปี	13	52	13	52		
> 5 - 10 ปี	9	36	11	44		
โรคประจำตัวอื่นที่พบร่วม*					9.89	.04
ไม่มี	6	24	3	12		
มี	19	76	22	88		
โรคเบาหวาน	2	8	11	44		
โรคไขมันในเลือดสูง	19	76	19	76		
โรคโรคเก๊าท์	1	4	2	8		

* Chi-square, ** Fischer's exact test, *** Independent t test

ตาราง 4(ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistics value	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มยาที่ใช้ในการควบคุม					.39	.75
ความดันโลหิต**						
ใช้ยา 1 กลุ่ม	6	24	8	32		
ใช้ยา 2 กลุ่มขึ้นไป	19	76	17	68		
การใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโรค อื่นๆ*					4.94	.29
ไม่มี	13	52	17	68		
มี	12	48	8	32		
ยาต้านการอักเสบ เช่น Diclofenac	3	12	5	20		
ยาแก้คัดจมูก เช่น Cetririzine	1	4	0	0		
ยาสมุนไพรร เช่น ขมิ้นชัน						
บอระเพ็ด	8	32	4	16		
ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก*					.76	.68
ไม่สูบ	20	80	22	88		
เคยสูบ	4	16	2	8		
ยังสูบบุหรี่อยู่	1	4	1	4		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์**					1.02	1.00
ไม่ดื่ม	24	96	25	100		
เคยดื่ม	1	4	0	0		
ดื่มอยู่	0	0	0	0		

* Chi-square, ** Fischer's exact test

ตาราง 4(ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistics value	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การออกกำลังกายในปัจจุบัน**					.09	1.00
ไม่ได้ออกกำลังกาย	7	28	8	32		
ออกกำลังกาย	18	72	17	68		
เดิน	11	61.1	11	64.8		
วิ่ง	1	5.6	3	17.6		
การบริหาร	6	33.3	3	17.6		
ความถี่ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์	3	16.7	5	29.4		
ความถี่ 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์	13	72.2	10	58.8		
ความถี่ 5 - 7 ครั้ง/สัปดาห์	2	11.1	2	11.8		
ความเครียด**					.85	.53
ไม่มี	9	36	6	24		
มี	16	64	19	76		
ระดับน้อย	10	62.5	18	94.7		
ระดับปานกลาง	6	37.5	1	5.3		
สาเหตุจากการเจ็บป่วย	6	37.5	10	52.6		
สาเหตุจากปัญหาในครอบครัว	8	50	6	31.6		
สาเหตุจากรายได้และค่าใช้จ่าย	2	12.5	3	15.8		
แหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง*					9.65	.04
แพทย์พยาบาล	25	100	25	100		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข						
บุคคลในครอบครัว	15	60	12	48		
สื่อต่างๆ (โทรทัศน์ วิทยุ	13	52	16	64		
หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ)						

* Chi-square, ** Fischer's exact test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของสมาชิกในครอบครัว ที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68 กลุ่มควบคุมร้อยละ 76 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 36.52 ปี (SD = 10.84) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 36.16 ปี (SD = 11.73) สมาชิกในครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพการสมรสคู่ กลุ่มทดลองร้อยละ 64 กลุ่มควบคุมร้อยละ 56 สำหรับระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักอยู่ในระดับมัธยมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 48 กลุ่มควบคุมร้อยละ 52 ในด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56 ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 5,000-10,000 บาท กลุ่มทดลอง ร้อยละ 72 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68 ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรหลาน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 84 โดยที่สมาชิกในครอบครัวที่ผู้ดูแลหลัก ทั้งสองกลุ่ม มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมอาหาร ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม

เมื่อนำข้อมูลทั่วไปสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง มาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และใช้สถิติทีอิสระ (Independent t test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 50)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistics value	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ**					.39	.75
ชาย	6	24	8	32		
หญิง	19	76	17	68		
อายุ (ปี)***	Range = 21-58 (\bar{x} = 36.16, SD = 11.73)		Range = 22-56 (\bar{x} = 36.52, SD = 10.84)		-.11	.91
18 - 30	10	40	11	44		
31 - 40	6	24	5	20		
41 - 50	5	20	4	16		
> 50	4	16	5	20		
สถานภาพการสมรส*					.35	.83
โสด	10	40	8	32		
คู่	14	56	16	64		
หม้าย	1	4	1	4		
ระดับการศึกษา*					2.10	.71
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0	1	4		
ประถมศึกษา	4	16	6	24		
มัธยมศึกษา	13	52	12	48		
อนุปริญญา/ปวช.	4	16	2	8		
ปริญญาตรี/ปวส.	4	16	4	16		

* Chi-square, ** Fischer's exact test, *** Independent t test

ตาราง 5(ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 25)		Statistics value	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	อาชีพ*					
เกษตรกร	12	48	8	32		
รับจ้าง	7	28	14	56		
ค้าขาย	3	12	3	12		
รับราชการ	1	4	0	0		
ธุรกิจส่วนตัว	2	8	0	0		
รายได้*					.17	.91
5,000 - 10,000 บาท	17	68	18	72		
10,001- 15,000 บาท	4	16	4	16		
มากกว่า 15,000 บาท	4	16	3	12		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย*					1.02	.59
สามี/ภรรยา	4	16	4	16		
บุตร/หลาน	21	84	20	80		
ญาติพี่น้อง	0	0	1	4		
บทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วย*					6.28	.17
การควบคุมอาหาร	25	100	25	100		
การออกกำลังกาย	1	4	2	8		
การจัดการกับความเครียด	7	28	11	44		
การรับประทานยา	4	16	3	12		
การพาไปพบแพทย์	5	20	10	40		

* Chi-square

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ($\bar{x} = 133.24$, $SD = 6.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -25.39$, $p < .01$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n = 25$)

กลุ่มทดลอง	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม		t	p - value
	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง	95.68	7.15	-25.39	0.00
หลังทดลอง	133.24	6.20		

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ รายด้าน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 37.20$, $SD = 2.19$) หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 53.20$, $SD = 2.29$) ซึ่งกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -27.85$, $p < .01$) ส่วนด้านการออกกำลังกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x} = 18.00$, $SD = 7.34$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 30.96$, $SD = 4.56$) กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.06, p < .01$) ด้านการจัดการกับความเครียด ก่อนเข้าร่วม โปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 19.68, SD = 1.67$) หลังเข้าร่วม โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 25.60, SD = 1.63$) กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.76, p < .01$) ด้านการรับประทานยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 20.80, SD = 1.15$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 23.48, SD = .82$) กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.35, p < .01$) ดังตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired t-test ($n = 25$)

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
การรับประทานอาหาร	37.20	2.19	53.20	2.29	-27.85	0.00
การออกกำลังกาย	18.00	7.34	30.96	4.56	-11.06	0.00
การจัดการกับความเครียด	19.68	1.67	25.60	1.63	-19.76	0.00
การรับประทานยา	20.80	1.15	23.48	.82	-11.35	0.00

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลอง มี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.73, p < .01$) ดังตาราง 8

ตาราง 8

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ *Independent t-test* ($N=50$)

กลุ่มตัวอย่าง	n	พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม				t	p-value
		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง	25	94.88	7.69	95.68	7.15	.38	.70
หลังทดลอง	25	100.52	5.49	133.24	6.20	19.73	0.00

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ รายด้าน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ *Independent t-test* พบว่าก่อนได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังได้รับ โปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติทุกด้าน โดยที่พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 25.49, p < .01$) ด้านการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.77, p < .01$) ด้านการจัดการกับความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.82, p < .01$) ด้านการรับปรึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.89, p < .01$) ดังตาราง 9

ตาราง 9

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (N=50)

กลุ่มตัวอย่าง	n	พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน				t	p-value
		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
การรับประทานอาหาร							
ก่อนทดลอง	25	36.48	2.58	37.20	2.19	1.06	.29
หลังทดลอง	25	37.88	1.94	53.20	2.29	25.49	0.00
การออกกำลังกาย							
ก่อนทดลอง	25	17.96	6.87	18.00	7.34	.02	.98
หลังทดลอง	25	21.60	5.19	30.96	4.56	6.77	0.00
การจัดการกับความเครียด							
ก่อนทดลอง	25	20.00	1.38	19.68	1.67	-.73	.46
หลังทดลอง	25	20.64	1.03	25.60	1.63	12.82	0.00
การรับประทานยา							
ก่อนทดลอง	25	20.44	1.04	20.80	1.15	1.15	.25
หลังทดลอง	25	20.40	1.00	23.48	.82	11.89	0.00

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง (\bar{x} = 160.24, SD = 11.54 และ \bar{x} = 97.52, SD = 51.49 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลอง

(\bar{x} = 136.16, SD = 6.60 และ \bar{x} = 82.16, SD = 4.20 ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.38, p < .01$) และ ($t = 12.43, p < .01$) ตามลำดับ ดังตาราง 10

ตาราง 10

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้สถิติ Paired

t-test ($n = 25$)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	160.24	11.54	136.16	6.60	10.38	0.00
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	97.52	5.14	82.16	4.20	12.43	0.00

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความดันโลหิตต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent *t*-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.56, p < .01$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.23, p < .01$) ดังตาราง 11

ตาราง 11

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test (N=50)

กลุ่มตัวอย่าง	n	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P-value
		\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก							
ก่อนทดลอง	25	156.96	10.06	160.24	11.54	-1.07	.29
หลังทดลอง	25	154.76	12.54	136.16	6.60	6.56	0.00
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก							
ก่อนทดลอง	25	96.76	6.00	97.52	5.14	-.48	.63
หลังทดลอง	25	93.04	4.12	82.16	4.20	9.23	0.00

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาของผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายผลได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68) มีอายุเฉลี่ย 70.12 ปีในกลุ่มทดลอง และมีอายุเฉลี่ย 68.60 ปีในกลุ่มควบคุมเพศชายมีความเสี่ยงเป็น โรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้หญิง แต่หลังจากผู้หญิงมีอายุมากกว่า 50 ปีและเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะพบอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน (ซุมส์กี้, 2547; Kaplan, 2006) อายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยพบว่าในผู้สูงอายุกลไกของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ เกิดแรงต้านในหลอดเลือดปลายมากขึ้น เนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว ขาดความ

ยืดหยุ่น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (ผ่องพรรณ, 2554) และอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มักมีความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (เพ็ญจันทร์, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน โดยที่มีดัชนีมวลกาย 25.00-29.9 กิโลกรัม/เมตร² กลุ่มทดลองร้อยละ 40 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 36 ซึ่งจะพบอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มคนที่มีภาวะอ้วนมากกว่ากลุ่มคนที่มีภาวะปกติ นอกจากนี้ภาวะอ้วนจะมีส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (จักรพันธ์, 2550) สำหรับความเครียดเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียด ร้อยละ 76 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 64 ความเครียดที่เกิดขึ้นจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Kaplan, 2006) ซึ่งสาเหตุของความเครียดในกลุ่มทดลอง เกิดจากความเจ็บป่วย ร้อยละ 52.6 ส่วนกลุ่มควบคุมเกิดจากปัญหาในครอบครัว ร้อยละ 50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษารึ้นนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68 โดยมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 80 สมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง และมีสถานะเป็นบุตร (เล็ก, 2549) ซึ่งมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมแบบระบบเครือญาติ เมื่อยามใดที่บุคคลในครอบครัวเกิดเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัว จะมีส่วนช่วยเหลือและรับผิดชอบ และให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วยของบุคคลภายในครอบครัว (แสงจันทร์, 2551) โดยที่สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการควบคุมอาหาร ร้อยละ 100 การจัดการกับความเครียด ร้อยละ 44 การพาไปพบแพทย์ ร้อยละ 40 การออกกำลังกาย ร้อยละ 12 และการรับประทานยาร้อยละ 8 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาเกษขญา (2549) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการนำไปพบแพทย์

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมและสูง

กว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 และข้อที่ 2

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า

เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=95.68$, $SD = 7.15$) เนื่องจากที่คลินิกโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับเวลาที่ให้บริการที่ค่อนข้างจำกัดทำให้การให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจึงทำได้ค่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบการให้คำแนะนำโดยทั่วไป คือ งดหรือลดอาหารที่มีรสเค็ม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ งดดื่มแอลกอฮอล์การเลิกสูบบุหรี่ และพบแพทย์ตามนัด ซึ่งการให้คำแนะนำดังกล่าวอาจจะไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในขณะนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างรายด้าน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}= 37.20$, $SD = 2.19$ และ $\bar{x}= 19.68$, $SD = 1.67$ ตามลำดับ) ส่วนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}= 18.00$, $SD = 7.34$) เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอาจมีปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกาย จากความเสื่อมตามวัยของร่างกาย ทำให้การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำและการมองเห็นลดลง (Dickinson et al., 2006) มีความเชื่อ หรือความเข้าใจในการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง มีความรู้สึกทางลบต่อการออกกำลังกาย ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว หรือสถานที่และการเดินทางไม่เอื้ออำนวยในการไปออกกำลังกาย (ดลนภา, 2549) ทำให้พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}= 20.80$, $SD = 1.15$) เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ไม่ยากนัก ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเหมือนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ

หลังจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

(\bar{x} = 133.24, SD = 6.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -25.39, p < .01$) อธิบายได้ว่า การใช้แนวคิดส่งเสริมการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ประกอบด้วย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง โดยให้สมาชิกในครอบครัวที่เข้ามา มีบทบาทในการสนับสนุนและช่วยเหลือในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง โดยที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้รับข้อมูลในการติดตามตนเองและสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการติดตามตนเองของผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้จะทำในรูปแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน ข้อดี คือ ทำ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มีการนำปัญหาด้านสุขภาพที่เหมือนกันมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และสามารถเรียนรู้วิธีปฏิบัติตัว ที่มีประสิทธิภาพจากสมาชิกกลุ่ม การที่บุคคลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้บุคคลตระหนักถึงกระบวนการทางความคิด มีผลต่อการรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งกระบวนการทางความคิดและการแสดงความรู้สึกล้วนมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล (Corey & Corey, 1992 อ้างตามพนิดา, 2551) ผู้ป่วยได้สะท้อนคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองที่ผ่านมาเป็นรายบุคคล โดยสมาชิกในครอบครัวร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่จะได้รับการสอนเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค พร้อมทั้งนำตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริงในกลุ่มที่ควรรับประทานและกลุ่มที่ไม่ควรรับประทาน ซึ่งการใช้สื่อดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจได้ง่าย และทำให้ตระหนักถึงปัญหา และเห็นความสำคัญของ โรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของศักดิ์รินทร์ (2549) ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา และปรับเปลี่ยนแผนในการดำเนินชีวิตและการใช้อุปกรณ์การสอนจากตัวอย่างจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (กัลยาณี, จงจิตร, และบุญศรี, 2551) มอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงให้กับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ไปอ่านทบทวน และทำความเข้าใจกับเนื้อหาในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำไปปรับใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้

นอกจากการให้ความรู้แล้วผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว จะได้รับการฝึกทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป ขั้นตอนการออกกำลังกายและการออกกำลังกายแบบกายบริหาร วิธีผ่อนคลายความเครียด โดยฝึกการหายใจและการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยา

เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการช่วยเหลือและสนับสนุนการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้มีการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมาย จะเป็นการกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และความสามารถของตนเอง พร้อมกับบันทึกเป้าหมายเป็นแบบลายลักษณ์อักษรในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งการบันทึกเป้าหมายดังกล่าว จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ และยังสามารถใช้ผลการปฏิบัติของตนเองที่บันทึกลงในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวันมาใช้ประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติของตนเองที่ผ่านมาช่วยให้สามารถวางแผนในการจัดการตนเองให้ถึงเป้าหมายต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสูย, ชาน, พูน, ชูย, และชาน (Sui , Chan, Poon, Chui, & Chan, 2007) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง โดยมีการวางเป้าหมาย การติดตามตนเองและการประเมินตนเอง ส่งผลให้คะแนนรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การศึกษาของสันสนีย์ (2552) ซึ่งศึกษาผลของ โปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งมีกิจกรรมให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะและกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติในการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในส่วนของการให้ความรู้และการฝึกทักษะ โดยมีสมาชิกในครอบครัวที่เข้าร่วมรับฟังและฝึกปฏิบัติในทุกกิจกรรมของโปรแกรมที่จัดขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยคัดเตือนและติดตามในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ซึ่งการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (สุภรณ์, 2551) ตลอดจนการให้แรงเสริมโดยการให้คำชมเชย ซึ่งเป็นการเสริมแรงจากภายนอก ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้บรรลุเป้าหมาย (สุพัตราและคณะ, 2553) ในส่วนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถเสริมแรงให้ตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่บันทึกไว้ ซึ่งทำให้เห็นถึงความก้าวหน้าและความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พร้อมกันนี้ยังได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัย โดยการโทรศัพท์ติดตามให้

คำปรึกษาและให้กำลังใจ สมาชิกในครอบครัว ให้กำลังใจและการชมเชยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงเมื่อสามารถทำตามเป้าหมายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา (2551) ศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพเพื่อการป้องกันต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขั้นตอนของการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้ติดตามผู้ป่วย โดยวิธีการ โทรศัพท์ติดตาม 1 สัปดาห์ในครั้งแรก ซึ่งเป็นสัปดาห์ที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้น โทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 หลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติกับเป้าหมายที่วางไว้ รวมทั้งการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในกิจกรรมที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ และร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยได้กำหนดเป้าหมายและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันกำหนดแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การติดตามทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ดี เนื่องจากสะดวก รวดเร็วผู้วิจัยสามารถให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ศิริวัฒน์, 2551) ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลเพื่อการจัดการตนเองทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 4 ถึง สัปดาห์ที่ 11 ของการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -27.85$, $p < .01$) จากผลของโปรแกรมที่ให้ความรู้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการติดตามตนเอง โดยสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือและกำกับให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค และเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านโดยการจัดหาอาหารและปรุงอาหารให้ผู้ป่วยได้รับประทานและช่วยลงบันทึกพฤติกรรมกรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละมื้อ และร่วมประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย จากผลการลงบันทึก และเป้าหมายที่ตั้งไว้ ว่าสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ในกรณีที่ยังไม่สามารถทำตามเป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันค้นหาปัญหาและค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยที่สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นและ

ติดตามให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างจากการทดลอง ผู้ป่วยรายหนึ่ง ตั้งเป้าหมายสัปดาห์ที่ 1 ในการลดรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็มและแกงไตปลา แต่จากการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยยังมีการรับประทานอาหารเค็ม ที่เป็นปลาเค็มและแกงไตปลา 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ พบว่าปัญหาเกิดจากยังมีการซื้อปลาเค็มและทำแกงไตปลารับประทานเนื่องจากสมาชิกคนอื่นในบ้านต้องการรับประทานอาหารดังกล่าว แนวทางการแก้ไข หลีกเลี่ยงการซื้อปลาเค็มและทำแกงไตปลารับประทาน หรือถ้ามีการปรุงอาหารประเภทดังกล่าว สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักช่วยกำกับไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารดังกล่าว และจากผลการบันทึก พบว่าผู้ป่วยลดการรับประทานปลาเค็มและแกงไตปลาในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ 4 และไม่รับประทานปลาเค็มและแกงไตปลาในสัปดาห์ที่ 5 ถึงสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรนภา (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนในเรื่องการบริโภคอาหารจากสมาชิกในครอบครัวในขณะที่อยู่ที่บ้าน จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.06, p < .01$) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่ได้จากการออกกำลังกาย ขั้นตอนและวิธีการออกกำลังกาย พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติขั้นตอนและวิธีการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติได้ง่ายๆ คือ การออกกำลังกายแบบกายบริหารให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวพร้อมกับพูดชักจูงให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย เมื่ออยู่ที่บ้านผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการติดตามพฤติกรรมออกกำลังกาย จากสมาชิกในครอบครัว โดยการพาไปออกกำลังกาย ไปเป็นเพื่อนในการออกกำลังกาย เป็นผู้นำในการออกกำลังกาย จัดหาอุปกรณ์ในการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วย รวมทั้งให้กำลังใจ ดังตัวอย่างจากการทดลอง ผู้ป่วยรายหนึ่ง ได้ตั้งเป้าหมายในสัปดาห์ที่ 1 ในการออกกำลังกายให้ได้ 3 วันต่อสัปดาห์ แต่ละครั้งออกกำลังกายนาน 30 นาที แต่จากการประเมินตนเอง พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักแก้ไขปัญหามาโดยการช่วยเหลือและกำกับให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย โดยการเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยวิธีกายบริหารและแอโรบิกที่ใช้ทำไม่ยากมากนักหลังจากนั้นพบว่าผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 และออกกำลังกายได้ 3 ถึง 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 5 ถึงที่ 8 ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของสายฝน (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในการออกกำลังกายขณะอยู่ที่บ้าน จากการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.76, p < .01$) จากข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีความเครียด ร้อยละ 76 สาเหตุของความเครียดเกิดจากการเจ็บป่วย ปัญหาในครอบครัว และสาเหตุจากรายได้และค่าใช้จ่าย ขณะเข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องวิธีการผ่อนคลายความเครียด และฝึกปฏิบัติวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยฝึกการหายใจและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วยที่มีความเครียดระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่เลือกวิธีฝึกการหายใจและวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสมกับตนเองในการจัดการกับความเครียด และสมาชิกในครอบครัวให้คำปรึกษาและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีความเครียด

จากผลการศึกษา พบว่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.73, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ผ่านมาไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้คะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดการระบบการให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติให้กับผู้ป่วยและไม่มีระบบติดตามและการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัวในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 3 และข้อที่ 4

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า

ผู้วิจัยส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ติดตามตนเอง ประเมินตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเสริมแรงตนเองเพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสมาชิกในการช่วยเหลือและกำกับให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้เลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง ได้รับประทานยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งทำให้ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.38, p < .01$) และ ($t = 12.43, p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.56, p < .01$) และ ($t = 9.23, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัสสร (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย มอบคู่มือ ผู้ป่วยบันทึกผลติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของเบญจมาศ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพ มอบคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหา และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .05$) ค่าความดันโลหิต

ชีวิตจิตใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งมีการส่งเสริมการจัดการตนเองให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ตามกระบวนการจัดการตนเอง คือ การติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง โดยที่ผู้วิจัยช่วยเหลือให้เกิดกระบวนการดังกล่าว ด้วยวิธีการให้ความรู้ฝึกทักษะ และการให้คำปรึกษาเป็นระยะเวลา 2 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกในครอบครัว สามารถร่วมกันประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมที่เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กำหนดเป้าหมาย และวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นไปตามเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว และการประเมินผลการปฏิบัติกับเป้าหมาย และสามารถเสริมแรงให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจัดการตนเองนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อายุ รายได้ และระดับความรุนแรงของโรค มาทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า อายุ รายได้ และระดับความรุนแรงของโรคไม่มีผลต่อการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ แต่สำหรับการศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการศึกษาเพียงร้อยละ 8 ในขณะที่กลุ่มทดลองไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 32 แต่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการร่วม จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้น และระดับความดันโลหิตลดลงนั้นเกิดจากผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2556 ถึงเดือนกันยายน 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) เครื่องมือใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม ในเรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา สื่อนำเสนอภาพนิ่ง ตัวอย่างโมเดลอาหารเหมือนจริง คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (2) เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปหาความเที่ยง โดยการหาความสอดคล้องภายใน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นรายกลุ่ม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาและมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว สาธิตขั้นตอนและวิธีการในการออกกำลังกาย และวิธีการผ่อนคลาย

คลายความเครียด พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมฝึกปฏิบัติ ฝึกการบันทึกในแบบบันทึก พฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมาย สมาชิกในครอบครัว ร่วมกันวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 ผู้ป่วยฝึกการจัดการตนเองที่บ้าน โดยได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 เพื่อสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และร่วมกันประเมินผลว่าสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและให้กำลังใจ ถ้าหากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพยังไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เพื่อให้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพก่อนได้รับ โปรแกรมและสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 8

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มโดยใช้ Paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -25.39, p < .01$)
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วม ของครอบครัวสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.73, p < .01$)
3. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว มีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.38, p < .01$) และ ($t = 12.43, p < .01$) ตามลำดับ
4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวมีค่าต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($t = 6.56, p < .01$) และ($t = 9.23, p < .01$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม มาใช้ในการให้การพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคเรื้อรัง โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาในการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยที่โรงพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และหลังจากนั้นควรมีระบบส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามประเมินผล และสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และระบบจัดการด้านการพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพ โดยควรจัดให้มีพยาบาลที่เฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลัก เช่น nurse case management

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในระยะเวลาสั้น ใช้เวลาในการศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลความยั่งยืน ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า หลังจากกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี
2. สามารถนำวิธีการส่งเสริมการจัดการตนเองและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมไปใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ และอาจศึกษาตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ระดับไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และภาวะแทรกซ้อนจากโรคในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรสินันท์ เลิศสกุลจินดา. (2554). *ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- กัลยาณี บุญสิน, จงจิตร ตรีทศายุทธ, และบุญศรี เจริญมาก. (2551). ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อภาวะไขมันในเลือดสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 519-525.
- เกษงญา เพชรทอง. (2549). *การสนับสนุนทางสังคม: ความต้องการและการได้รับของผู้สูงอายุตอนกลางที่มีความดันโลหิตสูงตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลอ่าวลึก. (2555). สถิติผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก. กระบี่: โรงพยาบาลอ่าวลึก. อัดสำเนา.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน *วิทยา ศิริมาดา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์* (หน้า 175-201). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา รัตนฤทธิชัย. (2550). พยาธิสรีรภาพของการไหลเวียนเลือด. ใน *ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา รัตนฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิฬหกุล, และพัสมนต์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 188-199)*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา บัวทองจันทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเขตภาคใต้ตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จิตราภรณ์ ชูรี. (2547). *ผลการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็วและการเดินแอโรบิกต่อความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิรายุ เอื้อวรากุล, และอุดม คชินทร. (2543). *เวชปฏิบัติปริทรรศน์ 1*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. (2547). *แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จุฬารักษ์ คำพานุศย์. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอดและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชุตินธร เรียนแพง. (2548). *การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ชุมศักดิ์ พดุกษพงศ์. (2547). *คู่มือความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพมหานคร: ไกล่หมอ.
- คลนภา สว่างไรสง. (2549). *ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- คุษฎี พงศ์อุดม. (2549). *ความสามารถในการดูแลตนเองแรงสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทิพมาศ ชินวงษ์. (2545). *หลักการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. ใน พัชรียา ไชยลังกา, นवलจันทร์ รมณารักษ์, จารุวรรณ มานะสุรการ, และอรัญญา เชาวลิต (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ* (หน้า 175-187). สงขลา: เอส ซีวี บีสตีเนสส์.
- นवलจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล. (2552). *ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นัยนา เมธา. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). *ประชากรสูงอายุ: แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ*. ใน วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 1-20). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เบญจมาศ ถาดแสง. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ปาริชาติ กาญจนพิงคะ. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- ปิยนุช เสาวภาคย์. (2549). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 8)*.
ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรนภา ไชยอาสา. (2550). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พาพร วิมุกตะลพ. (2551). *ผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พัชรากัญท์ ไชยสังข์. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพมหานคร.
- พัชรี อ่างบุญตา. (2555). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- พิชิต ภูติจันทร์. (2547). *วิทยาศาสตร์การกีฬา*. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรีนติ้งเฮ้าส์.
- พนิดา จันดา. (2551). *ผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พีระ นูระกิจเจริญ. (2553). *โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. ใน ปราณี ทัพไพเราะ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์* (หน้า 92-113). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพลิน สุงโคตร. (2550). *การปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียด* โรงพยาบาลโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ยุทธพงษ์ พรหมเสนา. (2550). *พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เขวลักษณ์ อนุรักษ์, ถนัด ไบยา, สุภาณี ศรีใหญ่, และปวีณา สายสูง. (2543). *กระบวนการศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ “ก้าวสู่ยุค 2000”*. กรุงเทพมหานคร: ซิกม่าดีไซน์กราฟฟิก.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *รายงานการวิจัยโครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- วรภรณ์ ดีเสียง. (2549). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดชนิดความหนาแน่นต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วรรัตน์ เหล่านภากุล. (2546). *เหตุผลในการขาดการรักษาและการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขาดการรักษาจากโรงพยาบาลโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- วรัญญา แปลงดี. (2550). *การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วาสนา มากผาสุข. (2551). *ผลของโปรแกรมมุ่งใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วิไล พัววิไล, และชัชชาญู ดีโรจนวงศ์. (2547). *Hypertension 2004: Preserve target organs damage from hypertension*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในวัยผู้ใหญ่*. ใน จันทนา รัตนทิชชัย, และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 69-82). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (บรรณาธิการ). (2554). *การพยาบาลปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ*, ใน *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 273-285). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัส ลิพหกุล, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, และสุภาณี พุทธเดชาคุ้ม. *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์, และวิภาวรรณ ลีลาสำราญ. (2547). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและในโรคต่างๆ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2551). *ผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- ศิริวัฒน์ วงศ์พุททคำ. (2551). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริมา มิตรเกษม. (2548). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิต วิทยาลัยมหาวิทาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศุขญา แก้วสกุลทอง. (2553). ผลของการใช้โปรแกรมการเดินออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางต่อระดับความดันโลหิตในสตรีวัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูงระยะที่ 1. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- ศักดิ์รินทร์ หลิมเจริญ. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศันสนีย์ กองสกุล. (2552). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปฏิบัติทั่วไป. ค้นเมื่อ 15มิถุนายน2554, จาก <http://www.thaihypertension.org>.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2555). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในปฏิบัติทั่วไป. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2556, จาก <http://www.thaihypertension.org>.
- สายฝน กันธมาลี. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินต์ติ้ง.

- สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- สมจิต หนูเจริญกุล, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2545). การพยาบาลผู้ใหญ่โรคความดันโลหิตสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุศาสตร์ เล่มที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 15, หน้า 129-163). กรุงเทพมหานคร: วิ. เจ. พรินด์ิง.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี.
- สร้อยญา พิจารณ์. (2547). การสนับสนุนจากพยาบาลและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุปราณี วงศ์ปาลี. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). เทคนิคการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง: ทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สดางค์ สุภผล, ทศนีย์ ญาณะ, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ คีเรกบุษราคัม, ผลารัตน์ ฤทธิศรีบุญ, และพฤกษา บุญบุญ. (2553). การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรปรินด์ิงแอนด์พับลิชซิง.
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- สุภัส ырชมพู่. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- สุวิมล ตีรกานนท์. (2546). การใช้สถิติในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สิรินาถ คำใจหนัก. (2548). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัดลำพูน*. การค้นคว้าอิสระสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2551). สุขภาพวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ. ใน *โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2549-2552*. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2555, จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก Promise Model*. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อรุณรัตน์ กาญจนะ. (2545). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรุณลดา นางแยม. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- American College of Sports Medicine. (2006). *Guidelines for graded exercise testing and Prescription* (7 th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Beckett, N. S., Peters, R., Fletcher, A. E., Staessen, J. A., Liu, L., Dumitrascu, D... Bulpitt, C. J. (2008). Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *New England Journal of Medicine*, 358(18), 1887-1898.
- Chao, S., Lan, Y., Tso, H., Chung, C., Neim, Y., & Clark, M. J. (2008). Predictors of Psychosocial adaptation among elderly residents in long-term care setting. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 149-158.
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hiltion, L... Shekelle. P. (2005). Meta-analysis: Chronic disease self-management programs for older. *Annals of Internal Medicine*, 143(6), 427-438.
- Chuang, K. H., Covinsky, K. E., Sands, L. P., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., & Landefeld, C. S. (2003). Diagnosis-related group-adjusted hospital costs are higher in older medical

- patients with lower functional status. *Journal of American Geriatrics*, 51(12), 1729-1743.
- Coates, V. E., & Boor, J. R. P. (1995). Self-management of chronic illness: Psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8(4), 15-24.
- Coffman, C. J., Lin, P. H., & Svetkey, L. P. (2007). *Effect on blood pressure of reduced dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet*. Retrieved August 5, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 Years' observations on male British doctors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(11), 930.
- Dickerson, L. M., & Gibson, M. V. (2005). Management of hypertension in older persons. *American Family Physician*, 71(3), 469-476.
- Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V... Ford, G. A. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal Hypertension*, 24(2), 215-233.
- ESH/ESC. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 25, 1751-1762.
- ESH/ESC. (2013). Guidelines for the management of arterial hypertension: The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 34(28), 2159-2219.
- Feng, X., Wen, Y., & Robert, J. L. (2008). *A randomized trial of a 5 week manual based self-management programme for hypertension delivered in a cardiac patient club in shanghai*. Retrieved October 12, 2013, from <http://www.biomedcentral.com>
- Franklin, S. S., Pio, J. R., Wong, N. D., Larson M. G., Leip, E. P., Vasan, R. S., & Levy, D. (2005). Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension: The Framingham heart study. *Circulation*, 111(9), 1121-1127.
- Holman, H., & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320, 526-527.

- Hwu, Y. J. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20(4), 221-225.
- Joint National Committee VII. (2003). *National high blood pressure education program complete report the seventh of the joint national committee on prevention, detection, Evaluation and treatment of high blood pressure*. Retrieved February 24, 2010, from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/juc7full.htm>
- Joint National Committee VIII. (2014). *Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee* Retrieved April 3, 2014, from: <http://www.jama.jamanetwork.com>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods* (4th Ed., pp. 305-360). New York: Pergamonpress.
- Kaplan, N. M. (2006). *Kaplan's clinical hypertension* (8 th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Loring, K. (2003). Self-management education: More than a nice extra. *Medical Care*, 41(6), 699-701.
- MaCaffrey, R., Ruknui, P., Hattakit, U., & Kasetsomboon, P. (2005). The effects of yoga on Hypertension persons in thailand. *Holistic Nursing Practice*, 19(4), 173-180.
- Maddens, M., Lmam, K., & Ashkar, A. (2005). Hypertension in the elderly. *Primary Care*, 32(3), 723-753.
- Mary, T. & Karen, S. (2005). Supporting self-management in patient with chronic illness. *American Family Physician*, 72(8), 1503-1510.
- Pender, N. J. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5 th ed.). New Jersey: Pearson education.
- Sakuta, H., & Suzuki, T. (2006). Physical activity and select cardiovascular risk factor in middle age male personnel of self-defense forces. *Industrial Health*, 44(1), 184-189.
- Siu, A. M., Chan, C. C., Poon, P. K., Chui, D. Y., & Chan, S. C. (2007). Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. *Patient Education and Counselling*, 65(1), 42-50.

World Health Organization Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian population and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363, 157-163.

World Hypertension Day. (2011). Retrieved April 20, 2011, from <http://www.worldhypertensionlesgOrg/pages./WHD.aspx>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณค่า effect size โดยใช้สูตรคำนวณของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

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

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

ค่า effect size โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (เบญจมาศ, 2554) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมคำนวณ โดยจากผลการศึกษาที่ได้

$$\bar{X}_E = 85.47 \quad \bar{X}_C = 92.71$$

$$SD_E = 9.96 \quad SD_C = 8.58$$

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

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 รายรวมทั้งหมด 50 ราย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยการทำเครื่องหมายกากบาท (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับ

คำตอบของท่านหรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ศาสนา

 พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่นๆ

5. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ อื่นๆ ระบุ.....

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

 น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน 10,001 – 15,000 บาทต่อเดือน มากกว่า 1,5000 บาทต่อเดือน

8. ความเพียงพอของรายได้

 ไม่เพียงพอ เพียงพอ

9. สิทธิการรักษาพยาบาล

- () ชำระเงินเอง () เบิกได้
 () ประกันสังคม () บัตรประกันสุขภาพ
 () อื่นๆ ระบุ.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ(ผู้วิจัยบันทึกเอง)

1. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม, ส่วนสูง.....เซนติเมตร

2. ค่าดัชนีมวลกาย.....กก/ม²

- () น้อยกว่า 18.5 () 18.5 – 22.9
 () 23 – 24.9 () 25 – 29.9
 () 30 หรือมากกว่า

3. ระดับความดันโลหิต

- () ก่อนการทดลอง.....มิลลิเมตรปรอท
 () หลังการทดลอง.....มิลลิเมตรปรอท

4. ระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิต

- () ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเล็กน้อย (140/90-159/99 มิลลิเมตรปรอท)
 () ความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง (160/100-179/109 มิลลิเมตรปรอท)

5. ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

- () 0 - 1 ปี () >1 -5 ปี
 () >5-10 ปี () 10 ปีขึ้นไป

6. โรคประจำตัวอื่นๆ ที่พบร่วม

- () โรคเบาหวาน () ไขมันในเลือดสูง
 () โรคหอบหืด () โรคเก๊าท์
 () โรคอื่นๆ เช่น นอนกรน

7. กลุ่มยาที่ใช้ควบคุมความดันโลหิตความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน

- () ใช้ยา 1 กลุ่ม(ระบุชื่อ ขนาดยา และวิธีการใช้ยา.....
)
 () ใช้ยา 2 กลุ่มขึ้นไป (ระบุชื่อ ขนาดของยา และวิธีการใช้ยา.....
)

8. การใช้ยาอื่นร่วมในการรักษาโรคอื่นๆ ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

- () ยาสเตียรอยด์ () ยาต้านการอักเสบ
 () ยาขยายหลอดลม () ยาแก้คัดจมูก
 () ยาสมุนไพร

9. ประวัติการสูบบุหรี่/ใบจาก

- () ไม่เคยสูบ
 () เคยสูบบุหรี่ประมาณ.....ปี จำนวน.....มวน/วัน เลิกมาแล้วประมาณ.....ปี
 () ยังสูบบุหรี่ จำนวน.....มวน/วัน

10. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

- () ไม่เคยดื่ม
 () เคยดื่มมาประมาณ.....ปี จำนวน.....แก้ว/วัน เลิกมาแล้วประมาณ.....ปี
 () ยังดื่มอยู่ จำนวน.....แก้ว/วัน

11. การออกกำลังกายในปัจจุบัน

- () ไม่ได้ออกกำลังกาย
 () ออกกำลังกาย โดยวิธีการ.....ความถี่.....ครั้งต่อสัปดาห์

12. ความเครียด

- () ไม่มี
 () มี
 ระดับความเครียดระบุ (เช่น มาก ปานกลาง น้อย).....
 สาเหตุความเครียด.....ความถี่.....ครั้งต่อ.....

13. แหล่งข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

- () แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 () บุคคลในครอบครัว
 () โทรทัศน์
 () วิทยู
 () หนังสือพิมพ์
 () แผ่นพับ

แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก

คำชี้แจงให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยการทำเครื่องหมายกากบาท (/) หน้าข้อความที่ตรงกับ
คำตอบของท่านหรือเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

 ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส

 โสด คู่ หม้าย หย่าร้าง/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

 ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญา/ปวช ปริญญาตรี/ปวส สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท/เดือน

7. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

 สามี/ภรรยา บุตร/หลานญาติพี่น้อง อื่นๆ ระบุ.....

8. บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วย

 การควบคุมอาหาร ระบุ..... การออกกำลังกาย ระบุ..... การจัดการกับความเครียด ระบุ..... การรับประทานยา ระบุ..... อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ขอให้ท่านทำเครื่องหมายกากบาท (✓) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 5 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 3-4 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบปฏิบัติกิจกรรมในข้อนั้น 1- 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่ปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลย

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม			
	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)
ด้านการรับประทานอาหาร				
1. ท่านงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม กะปิ แองไตปลา น้ำนูดู ปลาร้า เต้าเจี้ยว ผักผลไม้ดอง อาหารที่ใส่ผงชูรส				
2. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า ข้าวก๋วยเตี๋ยวสำเร็จรูป แองกุง ขนมขบเคี้ยวต่างๆ				
3. ท่านเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วหรือซอสปรุงรส ในระหว่างรับประทานอาหารหรือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว				
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูงเช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ผักชนิดต่าง ๆ และผลไม้รสไม่หวานจัด				
5. ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เต้าหู้ หรือถั่ว				

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม			
	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)
6. ท่านงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หนังไก่ หนังเป็ด เนื้อวัวเนื้อหมูติดมัน หมู สามชั้น อาหารที่มีเนย หรือครีมมาก				
7. ท่านเลือกใช้น้ำมันพืช (ยกเว้นน้ำมัน มะพร้าวและน้ำมันปาล์ม) แทนน้ำมันจาก ไขมันสัตว์ในการปรุงอาหาร				
8. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด เช่น ไก่ทอด ไข่เจียว กุ้งทอด ปาท่องโก๋				
9. ท่านปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารที่ ปรุงด้วยวิธีการ อบ นึ่ง ย่าง ต้ม				
10. ท่านรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล สูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ แคบหมู มันปู มันกุ้ง หรืออาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ				
11. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง ปู หอยชนิดต่างๆ				
12. ท่านงดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทาน อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมเป็นต้น				
13. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะขามหวาน มะม่วงสุก ลำไย ขนุน				
14. ท่านดื่มนมปรุงรส เช่น นมรสหวาน นม รสกาแฟ นมรสกาแฟ นมรสช็อกโกแลตเป็นต้น				
15. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์มากกว่า 1 กระป๋อง, เหล้า ยาแดง มากกว่า 30-45 มิลลิลิตรต่อวัน				

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม			
	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)
ด้านการออกกำลังกาย				
16. ท่านเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและภาวะสุขภาพของท่าน เช่น กายบริหาร การเดินเร็ว การวิ่งช้าๆ การรำมวยจีน การเต้นแอโรบิค รำวง				
17. ท่านประเมินความพร้อมตัวเองก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการปวดมีนสิริยะ ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่มีใจสั่น เป็นต้น				
18. ท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย คือ เสื้อผ้าหลวมๆและรองเท้าที่เหมาะสม				
19. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายและทำการผ่อนคลายหลังออกกำลังกายเสร็จเป็นเวลา 5-10 นาที				
20. ท่านออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที				
21. ท่านออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารเช้าอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังรับประทานอาหารเช้าแล้วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง				
22. ในระหว่างออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย ท่านมีการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ใจสั่น ซึพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนสิริยะ หน้ามืด ึ้นลม เป็นต้น				

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม			
	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)
23. หากพบอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น ซิพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม ท่านหยุดออกกำลังกายแล้วไปพบแพทย์				
24. ภายหลังจากออกกำลังกายท่านนั่งพักอย่างน้อย 5-10 นาที ก่อนที่จะไปทำกิจกรรมอื่น				
ด้านการจัดการกับความเครียด				
25. เมื่อท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด ท่านสามารถควบคุมหรือผ่อนคลายได้				
26. เมื่อมีความเครียด ท่านผ่อนคลายโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ละหมาด ไปวัด ไปมัสยิด หรือไปโบสถ์				
27. เมื่อท่านเครียดหรือมีเรื่องไม่สบายใจ ท่านปรึกษากับผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัว				
28. เมื่อท่านเครียด ท่านผ่อนคลายโดยการนอนหลับ เดินเล่น อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ หรืออยู่เฉยๆ				
29. เมื่อท่านเครียด โกรธ หรือโมโห ท่านใช้วิธีระบายอารมณ์กับผู้ใกล้ชิด				
30. เมื่อท่านเครียด มักผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่ หรือดื่มเหล้า				
31. เมื่อท่านเครียด มักซื้อยาระงับประสาทมารับประทานเอง				

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง	ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรม			
	ปฏิบัติเป็นประจำ (4)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ (1)
ด้านการรับประทานยา				
32. ท่านรับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง ครบทุกมื้อ				
33. ท่านซื้อยาลดความดันโลหิตตามร้านขายยามารับประทานเอง				
34. ท่านนำยาโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ที่ เป็นความดันโลหิตสูงเหมือนท่าน มารับประทาน				
35. ท่านหยุดรับประทานยาเอง เมื่อรู้สึก ว่า อากาศของตนเองดีขึ้น				
36. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ภายหลั รับประทานยาลดความดันโลหิต เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น ท่านแจ้งให้ แพทย์ทราบทันที โดยที่ไม่หยุดรับประทานยาเอง				
37. ท่านปรับขนาดยาด้วยตนเอง เช่น ลดหรือ เพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง				

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 สื่อนำเสนอภาพนิ่ง

ส่วนที่ 3 คู่มือการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการตนเองของผู้ป่วย สถานที่ คือ ห้องประชุมโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ และห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ อีก 2 แห่ง ใช้เวลา 60-90 นาที

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีครอบครัวเข้ามีส่วนร่วม	- โปรแกรมครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พร้อมทั้งให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พร้อมมอบคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยจะติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวแต่ละราย โดยที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยแต่ละราย ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 เพื่อรับฟังปัญหาในการจัดการกับตนเองโดยการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวแต่ละราย	- พูดคุยทักทายแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว - อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและการทำกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอน	- ผู้ป่วยซักถามถึงขั้นตอนและกิจกรรมการเข้าร่วมโปรแกรม	- ครอบครัวซักถามขั้นตอนและกิจกรรมการเข้าร่วมโปรแกรม

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	<p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุของการเกิดโรค อาการ ผลแทรกซ้อนจากโรค</p>	<p>โดยที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยแต่ละราย ในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 เพื่อรับฟังปัญหาในการจัดการกับตนเอง โดยการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวในแต่ละราย ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด และหาแนวทางแก้ไขในการวางแผนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดของผู้ป่วยในแต่ละราย ระยะเวลาที่ 3 ผู้วิจัยประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ณ ห้องคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โดยการตอบแบบสอบถาม ในสัปดาห์ที่ 8</p> <p>- การให้ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของการเกิดโรค อาการ ผลแทรกซ้อนจากโรค การรักษา การควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต</p>			

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	การรักษา การควบคุม ความดันโลหิต และ พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ โรคความดัน โลหิตสูง ในด้านการ รับประทานอาหาร อาหาร และการออกกำลังกาย การจัดการกับ ความเครียด และการ รับประทานยา - มีความรู้และความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคความ ดันโลหิตสูง อย่าง ถูกต้อง	<p>ในด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา</p> <p>- ก่อนเข้าสู่เนื้อหาผู้วิจัยใช้คำถามดังนี้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบหรือไม่ว่าเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว แล้วไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติจะส่งผลกระทบต่อชีวิตอย่างไร”</p> <p>-ความดันโลหิตคืออะไร และความดันโลหิตสูงหมายความว่าอย่างไร (โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง) ดังนั้น โรคความดันสูงคือ.....</p> <p>- เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวทราบความหมายของความดันโลหิตและความดันโลหิตสูงไปแล้ว ต่อไปผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ว่าอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยส่งเสริมที่เป็นสาเหตุให้เกิด</p>	<p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นผลที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้</p> <p>- ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นปัจจัยที่ส่งเสริมที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรค</p>	<p>- ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นผลที่เกิดจากการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้</p> <p>- ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นปัจจัยที่ส่งเสริมที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรค</p>	<p>- สมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็นผลที่เกิดจากผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้</p> <p>- สมาชิกในครอบครัวร่วมแสดงความคิดเห็นปัจจัยส่งเสริม</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	<p>- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตหรือทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างถูกต้อง</p> <p>- มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับอาการ ผลแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง</p>	<p>โรคความดันโลหิตหรือทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น</p> <p>- ปัจจัยส่งเสริมที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตหรือทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่งปัจจัยส่งเสริมที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตที่มีรูปภาพประกอบ).....</p> <p>- “หลังจากได้รับทราบข้อมูล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว คิดว่าสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น จากสาเหตุใดบ้าง”ต่อจากนั้นให้ความรู้ถึงอาการของโรคและผลแทรกซ้อนจากโรค</p> <p>- อาการของโรคความดันโลหิตสูงที่พบ (ใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง) ได้แก่.....</p> <p>- แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยคิดไปว่า เนื่องจากไม่มีอาการ ไม่จำเป็นต้องรับการรักษา</p>	<p>- ให้ความรู้เรื่องปัจจัยส่งเสริมที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตหรือทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น</p> <p>- ใช้คำถามกระตุ้นผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคิดถึงและตระหนักในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและระดับความดันโลหิตสูงขึ้น</p> <p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ ผลแทรกซ้อนจากโรคและการรักษาโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>- ผู้ป่วยประเมินปัญหาและสาเหตุปัจจัยส่งเสริมของตนเอง</p>	<p>- สมาชิกในครอบครัวร่วมประเมินปัญหาและสาเหตุปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคในผู้ป่วย</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	<p>- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในการควบคุมความดันโลหิตอย่างถูกต้อง</p>	<p>ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงตามมา ต่อจากนั้นให้ความรู้ถึงผลแทรกซ้อน (โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง รูปภาพคน ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ โรคทางสมอง ทางตา ทางหัวใจ และทางไต.....)</p> <p>- “หลังจากได้ข้อมูลคงจะทราบแล้วว่าผลแทรกซ้อนจากโรคส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างไร”</p> <p>ต่อจากนั้นให้ความรู้ถึงแนวทางการดูแลรักษา และการควบคุมความดันโลหิต โดยมีเป้าหมายให้ระดับความดันโลหิตใกล้เคียงปกติ ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>- การรักษาโดยมีแนวทางดังนี้ คือ การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (เป็นการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิต ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง</p>	<p>- ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เกิดความตระหนักในผลแทรกซ้อนจากโรค</p> <p>- ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาในการควบคุมความดันโลหิต</p>		

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>เช่นการดื่มน้ำ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ (ใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง)และการรักษาโดยการไชยา ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้เลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยผู้สูงอายุการรักษาโดยการไชยา ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตมีความจำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างมาก</p> <p>-หลังจากที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทราบแนวทางการรักษา ผู้ป่วยคิดไว้หรือยังว่าจะใช้วิธีไหนในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิต และสมาชิกในครอบครัวคิดว่าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้มากน้อยเพียงใด</p>	<p>- ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคิดหาวิธีในการเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิต</p>	<p>-ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิถีในการดำเนินชีวิตของตนเอง</p>	<p>-สมาชิกในครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนวิถีในการดำเนินชีวิต</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	- มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างถูกต้อง	<p>- เมื่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวตอบคำถามแล้ว ต่อจากนั้นให้ความรู้ถึงวิธีการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา</p> <p>- พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทานยา (โดยใช้สื่อนำเสนอภาพนิ่ง และตัวอย่างภาพนิ่ง และตัวอย่างโมเดลอาหารที่เหมือนจริง) โดยมีเนื้อหา ดังนี้</p> <p>1. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมความดันโลหิต โดยที่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องทราบว่าอาหารชนิดไหนควรรับประทาน และอาหารชนิดไหนไม่ควรรับประทาน</p>	- ให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมกรรับประทานอาหาร		

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>การรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การลดอาหารเค็ม ได้แก่.....- งดอาหารที่มีไขมันและมีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่..... - หลีกเลี่ยงหรือลดการใช้ไขมัน หรือน้ำมันในการปรุงอาหารถ้าหากใช้น้ำมันในการปรุงอาหารควรเลือกน้ำมันพืชในการปรุงอาหาร และไม่ควรใช้มากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน - หลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมของกะทิและอาหารทะเล ได้แก่..... - หลีกเลี่ยงอาหารทอด ได้แก่..... - รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธี อบ นึ่ง ต้ม อย่างแทน - รับประทานอาหารจำพวกผัก ถั่ว และผลไม้ให้มากขึ้น ได้แก่..... - ดื่มนมพร่องไขมัน และน้ำผลไม้..... 			

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>- หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถาม คือ “จากที่ฟังมา ผู้ป่วยเคยปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารดังกล่าว ได้บ้างหรือไม่ และสำหรับผู้ที่ยังไม่ได้ปฏิบัติตนดังกล่าว คิดว่าพอทำได้ไหม และสมาชิกในครอบครัวคิดว่ามีส่วนช่วยเหลือในการปฏิบัติของผู้ป่วยได้อย่างไร”</p> <p>- พุดเน้นย้ำเป้าหมายในการรับประทานอาหาร โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์หลังจากนั้นค่อยเพิ่มจำนวนครั้งสัปดาห์ ขึ้นเรื่อยๆอย่างต่อเนื่องและเน้นให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการควบคุมอาหารอย่างจริงจัง</p> <p>2. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายการออกกำลังกายมีประโยชน์อย่างยิ่งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากการออกกำลังกาย ช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้นทำให้ความดันโลหิตลดลง</p>	<p>- ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการรับประทานอาหาร</p> <p>- สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมออกกำลังกาย</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกเป้าหมายการรับประทานอาหารของตนเองพร้อมยกตัวอย่าง</p>	<p>- สมาชิกในครอบครัวบอกวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคพร้อมยกตัวอย่าง</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>ช่วยให้ระดับไขมันที่สะสมในร่างกายลดลงช่วยในการลดน้ำหนัก</p> <p>- สำหรับหลักการในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้.....</p> <p>- วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงคือ.....</p> <p>- หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถามคือ “ไม่ทราบว่าขณะนี้ผู้ป่วยรู้สึกอยากออกกำลังกายแล้วหรือยัง แล้วคิดว่าพอทำได้ไหม สำหรับสมาชิกในครอบครัวคิดว่าพอจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายได้ไหม”</p> <p>- พุดเน้นย้ำเป้าหมายในการออกกำลังกาย ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย วันละ 30-60 นาที ให้ผู้ป่วยปฏิบัติ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังจากนั้นค่อยหลังจากนั้นค่อยเพิ่มเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์</p>	<p>- ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกาย</p> <p>- สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกเป้าหมายการออกกำลังกายพร้อมบอกวิธีการจัดการตนเอง</p>	<p>- สมาชิกในครอบครัวบอกวิธีการสนับสนุนและช่วยเหลือในการออกกำลังกายของผู้ป่วย</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ปวย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>3. พฤติกรรมสุขภาพในการจัดการกับความเครียด</p> <p>ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น เนื่องจากความเครียดทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้เพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือด ทำให้หัวใจต้องทำงาน โดยการบีบตัวเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ความเครียดส่งผลกระทบต่อ ดังนี้</p> <p>ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และพฤติกรรม เช่น</p> <p>.....</p> <p>สำหรับวิธีการในการผ่อนคลายความเครียด มีดังต่อไปนี้.....</p>	- ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียด		

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>- หลังจากให้ความรู้แล้วใช้คำถาม “ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคงจะทราบแล้วใช่ไหมคะว่า ความเครียดส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายจิตใจ และพฤติกรรม อย่างไรบ้าง และมีผลต่อระดับความดันโลหิต ถ้าหากผู้ป่วยเกิดความเครียดคิดว่าจะเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ไหมคะ และสมาชิกในครอบครัวคงมีส่วนช่วยช่วยในการผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วยได้เช่นกันใช่ไหมคะ”</p> <p>- เน้นย้ำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายเลือกวิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองอย่างน้อย 1 อย่าง</p> <p>4. พฤติกรรมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยาการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีวัตถุประสงค์เพื่อระดับลดความดันโลหิตการใช้ยาในผู้สูงอายุ แพทย์จะพิจารณาเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายและตามปัจจัยเสี่ยงเช่น</p>	<p>- ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการจัดการกับความเครียด</p> <p>- สนับสนุนให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการจัดการกับความเครียด</p> <p>- ให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานยา</p>	<p>- ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการกับความเครียด</p>	<p>- สมาชิกในครอบครัวบอกวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับความเครียด</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>ความรุนแรงของระดับความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยงต่ออวัยวะสำคัญ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มยาและตัวอย่างของยาในแต่ละกลุ่มที่ใช้รักษาเพื่อลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง..... - การให้คำแนะนำในการใช้ยาในแต่ละกลุ่ม..... - การให้คำแนะนำทั่วไปในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สรุปได้ดังนี้..... - ผู้ป่วยคิดว่าพฤติกรรมมารับประทานยาที่ผ่านมาของท่านเป็นอย่างไรบ้างคะและคิดว่าทำได้ไหม ผู้ดูแลหลักคิดว่ามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างไรบ้างคะ ที่จะให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง ครบทุกมื้อและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาได้ถูกต้อง - เน้นย้ำให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอไม่ปรับลดและเพิ่มยาเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการรับประทานยา - สนับสนุนในผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการรับประทานยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการตนเองในการรับประทานยา 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกในครอบครัวบอกวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	-เปิดโอกาสให้แสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับการ ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ ปัญหา และ อุปสรรค - ร่วมหาแนวทางและ ฝึกปฏิบัติสำหรับแต่ละ บุคคล	- ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคิดว่าพฤติกรรม สุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทาน ยา พฤติกรรมเรื่องใดบ้างที่ยุ่งยากในการจัดการ ตนเองและปัญหาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นอย่างไร - วิเคราะห์สาเหตุเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหารการออก กำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับประทาน ยา และให้แนวทางพร้อมฝึกปฏิบัติการปรับ พฤติกรรมสำหรับกลุ่มทดลองและสมาชิกใน ครอบครัวของกลุ่มทดลองในแต่ละราย - “เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด	- ใช้แนวคำถามปลายเปิด ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับพฤติกรรม สุขภาพ - ใช้แนวคำถามปลายเปิด	-ผู้ป่วยเล่า ประสบการณ์ การจัดการกับ พฤติกรรมที่ ผ่านมา	- สมาชิกใน ครอบครัวเล่าการ จัดการกับ พฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วย ที่ผ่านมา

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<p>และการรับประทานยาคิดว่ามีเรื่องใดที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการจัดการตนเองและต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลืออย่างไรบ้าง”</p> <p>-รับฟังปัญหาพร้อมฝึกทักษะที่จำเป็นและการปรับพฤติกรรมสำหรับกลุ่มทดลองในแต่ละรายโดยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมฝึกทักษะ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมโดยวิธีการดังนี้</p> <p>- ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยการฝึกการอ่านฉลากโภชนาการในอาหารสำเร็จรูป เช่น นม น้ำผลไม้ น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นต้น</p>	<p>ในการกระตุ้นเพื่อค้นหาปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>- ฝึกทักษะการอ่านฉลากโภชนาการ</p>	<p>-ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>- ฝึกอ่านฉลากโภชนาการ</p>	<p>- สมาชิกในครอบครัวร่วมพูดถึงปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย</p> <p>- ร่วมฝึกอ่านฉลากโภชนาการ</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1	-ร่วมกันกำหนด เป้าหมายและเลือก แนวทางในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ	<p>- สาธิตขั้นตอนและวิธีการของการออกกำลังกายซึ่งมี วิธีการ คือ ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย..... (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) ระยะเวลาออกกำลังกาย เป็น การออกกำลังกายโดยวิธีกายบริหาร..... ระยะเวลาผ่อนคลาย.....ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)</p> <p>- ฝึกทักษะในการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึก หายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด..... การฝึก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียด.....</p> <p>- ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการ รับประทานยา เช่น แสดงตัวอย่างยาจริงที่ผู้ป่วย รับประทาน ข้อควรปฏิบัติในการรับประทานยาแต่ ละชนิดและข้อปฏิบัติในการรับประทานยาทั่วไป</p> <p>- ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายผู้ป่วยและสมาชิกใน ครอบครัวร่วมกันกำหนดแผนการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อการสร้างพฤติกรรมใหม่ของผู้ป่วยในแต่ละ สัปดาห์</p>	<p>- สาธิตขั้นตอนและ วิธีการออกกำลังกาย แบบกายบริหาร</p> <p>-สาธิตการฝึกการหายใจ และฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ</p> <p>-ใช้แนวคำถามปลายเปิด ที่ใช้กระตุ้นผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัว</p>	<p>- ฝึกการออก กำลังกายแบบ กายบริหาร</p> <p>- ฝึกการหายใจ และฝึกผ่อน คลายกล้ามเนื้อ</p>	<p>- ร่วมฝึกการออก กำลังกายแบบ กายบริหาร</p> <p>-ร่วมฝึกการหายใจ และฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1		<ul style="list-style-type: none"> - “เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยคืออะไร ผู้ป่วยวางแผนในการจัดการตนเองและสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือและสนับสนุนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมายนั้นได้อย่างไรบ้าง ในช่วง 1 สัปดาห์นี้” - กระตุ้นให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายของตนเองในแต่ละพฤติกรรมสุขภาพ - ให้อุปกรณ์การจัดการตนเอง และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - ฝึกทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการบันทึก โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ 	<p>ในการวางแผนเป้าหมายและการกำหนดแนวทาง</p> <p>- แนะนำการบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ - ฝึกการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพและวิเคราะห์ข้อมูล 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกำหนดแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย - ร่วมฝึกการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเอง โดยที่ผู้วิจัย โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยแต่ละราย ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อครั้ง

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2	- ประเมินการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ตามเป้าหมายที่กลุ่ม	- ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ - สอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไป ด้วย คำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย			
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4	ทดลองแต่ละราย กำหนดไว้ ในการ รับประทานอาหาร	- สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้ในช่วงแต่ ละสัปดาห์ที่ผ่านมา	- สอบถามการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ	-ผู้ป่วยเล่าถึงการ ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ	- สมาชิกในครอบครัว เล่าถึงการช่วยเหลือ สนับสนุนการจัดการ ตนเองของผู้ป่วย
ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6	การออกกำลังกาย และการจัดการกับ ความเครียดที่ เหมาะสม และการ รับประทานยา ในช่วง 1 สัปดาห์ (ในครั้งที่ 3) และ ช่วง 2 สัปดาห์ (ใน ครั้งที่ 4และครั้งที่ 5)	- ร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในช่วงแต่ละสัปดาห์ที่ผ่านมา (โดยใช้แบบบันทึก พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย) เพื่อนำมา เปรียบเทียบกับเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่กำหนดไว้	- ร่วมประเมินผล	- ประเมินผลการ ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ	- ร่วมประเมินผล

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6	- ร่วมค้นหาปัญหา อุปสรรคการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และหาแนว ทางแก้ไข	- ค้นหาปัญหาอุปสรรค วิเคราะห์สาเหตุเกี่ยว การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและหาแนว ทางแก้ไขในสิ่งที่ยังปฏิบัติไม่ได้ตามเป้าหมายที่ กำหนดไว้ - “ผู้ป่วยช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมว่าการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ในสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็น อย่างไรบ้าง และมีเรื่องไหนบ้างที่ยังไม่สามารถ ปฏิบัติได้” - “ผู้ป่วยคิดว่ายังมีปัญหาหรือมีสิ่งไหนบ้างที่เป็น อุปสรรคในการจัดการตนเอง และมีสิ่งไหนบ้างที่เป็น ปัญหาและอุปสรรคของสมาชิกในครอบครัว ในการช่วยเหลือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วย และต้องการให้ผู้วิจัยช่วยเหลือเพิ่มเติม อย่างไรบ้างคะ”	- ใช้แนวคำถาม ปลายเปิดกระตุ้นให้ แสดงความคิดเห็น พฤติกรรมสุขภาพ - ใช้แนวคำถาม ปลายเปิดที่ใช้ในการ ค้นหาปัญหา	- ผู้ป่วยเล่าถึง การปฏิบัติ พฤติกรรมใน สัปดาห์ที่ผ่าน มา - พูดคุยถึงปัญหา และอุปสรรค	- พูดคุยถึงปัญหาและ อุปสรรคในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2		- รับฟังปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแนวทางแก้ไข ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหา เพิ่มเติมเป็นรายบุคคล			
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4		- สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการจัดการกับพฤติกรรม สุขภาพของตนเองที่ยังไม่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สนับสนุนและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว ช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับพฤติกรรม สุขภาพ อย่างจริงจังและเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การ จัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นไปตามเป้าหมายที่ กำหนดไว้ อย่างต่อเนื่อง เช่น			
ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6		1. ผู้ที่มีปัญหาในการรับประทานอาหารผู้วิจัยให้ ความรู้เพิ่มเติม พร้อมกระตุ้นให้สมาชิกใน ครอบครัวช่วยเหลือและสนับสนุนในการควบคุม อาหารอย่างจริงจังเพิ่มมากขึ้น โดยการจัดหา อาหาร ประงอาหารที่เหมาะสม และควบคุมกำกับ ให้กับผู้ป่วยทุกมื้อและทุกวัน			

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6		<p>2. ผู้ที่มีปัญหาในการออกกำลังกาย ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งก่อน หลังจากนั้นค่อยเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถออกต่อเนื่องได้เป็นเวลา 15-30 นาที ให้ออกกำลังกายสลับกับการพักรวมๆ กันในแต่ละครั้งได้และกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย โดยการพาไปออกกำลังกาย หรือ ไปเป็นเพื่อนในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ผู้ที่มีปัญหาในการจัดการกับความเครียด ให้ผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่อนคลายความที่เหมาะสมกับตนเองสมาชิกในครอบครัว คอยพูดคุย ให้คำปรึกษา และกำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>4. ผู้ที่มีปัญหาในเรื่องการรับประทานยา ให้คำแนะนำเพิ่มเติมพร้อมกระตุ้นให้สมาชิกใน</p>			

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2		ครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาทุกเม็ด ทุกมื้อ ทุกวันตามเวลาที่แพทย์สั่ง โดยที่ผู้ดูแลหลักคอยช่วยเหลือในการจัดยาให้ และกระตุ้นเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา			
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4	-ร่วมกันกำหนด เป้าหมายและแนว	- เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยคืออะไร ผู้ป่วยวางแผนในการจัดการ	- โดยใช้แนวคำถาม	-ผู้ป่วยได้	- ร่วมกำหนดแนวทาง
ครั้งที่ 5	ทางการปฏิบัติ	ตนเองและสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือและ	ปลายเปิดในการ	วางเป้าหมายและ	ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
ครั้งที่ 6	พฤติกรรมสุขภาพ	สนับสนุนในการจัดการตนเองของผู้ป่วย	วางเป้าหมายและ	กำหนดแนวทาง	
		เพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ถึงเป้าหมาย	กำหนดแนวทางการ	ปฏิบัติได้	
		นั้นได้อย่างไรบ้าง ในช่วงสัปดาห์แต่ละสัปดาห์	ปฏิบัติพฤติกรรม	ต่อเนื่อง	
		(สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 8)”	สุขภาพ		
	- เสริมแรงทางบวก	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึงผลดีที่เกิดจากการ	- ให้กำลังใจ	-เลือกวิธีเสริมแรง	- ให้กำลังใจ
	และทางลบเพื่อร่วม	ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และกล่าวถึงพฤติกรรม		ตนเองตามความ	- ให้การช่วยเหลือในการ
	กำหนดแนวทางการ	ที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย		เหมาะสม	ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ
	ปฏิบัติพฤติกรรม				ได้ตามเป้าหมาย
	สุขภาพอย่างต่อเนื่อง				

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2		- “ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ และคิดจะให้รางวัลกับตนเองอย่างไรบ้างที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย” (ในกรณีไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย)	- โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดที่ใช้เสริมแรงตนเองเพื่อกำหนดแนวทางและวางเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ		
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4		- “ผู้ป่วยคิดแนวทางในการปรับปรุงในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างไรบ้าง” (ในกรณีไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย)			
ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 6					

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง สถานที่คือ ห้องคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 8	<p>- ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการรับประทานยาในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 8</p> <p>- ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง</p>	<p>- สอบถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป</p> <p>- สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางและเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยกล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 8</p> <p>- ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัย ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในช่วงแต่ละสัปดาห์ที่ผ่านมา ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 8 (เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง)</p> <p>- ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง (ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง)</p>	<p>- สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา</p> <p>- ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย</p>	<p>- กล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>- ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเอง</p> <p>-ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม</p>	<p>- กล่าวถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย</p> <p>-ร่วมประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย</p>

ครั้งที่/ สัปดาห์ที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม		
			ผู้วิจัย	ผู้ป่วย	ครอบครัว
ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 8	-เสริมแรงทางบวก และทางลบเพื่อร่วม กำหนดแนวทางการ ปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ	- กระตุ้นให้กลุ่มทดลองกล่าวถึงผลดีที่เกิดจาก การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและกล่าวถึง พฤติกรรมที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย - กล่าวขอบคุณกลุ่มทดลองและและสมาชิกใน ครอบครัว	- กล่าวชื่นชม - ให้กำลังใจ	- กล่าวชื่นชม ตนเอง	- ให้กำลังใจ - กล่าวชื่นชมผู้ป่วย

สื่อนำเสนอภาพนิ่ง



สื่อนำเสนอภาพนิ่ง

การรักษาระดับความดันโลหิต

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

เป็นขอรับผู้ป่วย
เปลี่ยนพฤติกรรม
ดำเนินชีวิต

การรักษาด้วยยา

อาหารที่ไม่ควรรับประทานสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

อาหารเค็ม	หมูเค็ม ไก่ทอด ผักดอง เกลือ
อาหารตากแห้ง	ปลาเค็ม เนื้อเค็ม หอยเค็ม กุ้งแห้ง ปลาแห้ง
เนื้อสัตว์ปรุงรส	หมูหยอง ไข่หยอง หมูแผ่น กุนเชียง
อาหารรสจืดรูป	ขนมปังกรอบ ไอศกรีม ชุปช่อง
อาหารรสจืดรูป	ข้าวเกรียบ ข้าวตังปรุงรส มันฝรั่ง ขนมขบเคี้ยว ข้าวกล่องสำเร็จรูป แกล้งจุง
อาหารปรุงรสที่มีคอเลสเตอรอลสูง	ซูปก้อน ผงชูรส ผงฟู น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส
อาหารหมักดองเค็ม	กะปิ เต้าหู้ยี้ ปลาจ๋า ไข่ปลา ไข่เค็ม ผักดอง ผลไม้ ดอง แหนม ไข่ทอดกลิ่น
อาหารที่มีไขมันสูง	ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หนังไก่ เนื้อวัวติดมัน เนื้อหมู ติดมัน หมูสามชั้น อาหารที่มีครีมหรือนมมาก

การรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

การลดอาหารเค็ม

งดอาหารที่มีไขมันสูง

หลีกเลี่ยงหรือลดการใช้โซเดียม หรือน้ำมันในการปรุงอาหาร

หลีกเลี่ยงอาหารทอด ให้รับประทานอาหารประเภท อบ นึ่ง ต้มแทน

รับประทานอาหารประเภทผัก, ธัญ, ผลไม้ที่เข้มมากขึ้น

ดื่มนมพร่องไขมัน และน้ำตาลน้อย

อาหารที่ไม่ควรรับประทานสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ	แกงกะทิ ข้าวเหนียวทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง
อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง	ไข่แดง เครื่องในสัตว์ แขนงหมู มันหมู มันฝรั่ง
อาหารที่ปรุงโดยการทอด	ไก่ทอด ไข่เจียว กุ้งทอด ปาท่องโก๋
อาหารจำพวกไขมันที่ได้จากสัตว์และ พืชบางชนิด	น้ำมันหมู น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม
อาหารทะเล	ปลาหมึก กุ้ง ปู และหอยชนิดต่าง ๆ

อาหารที่ควรรับประทานในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ผักใบเขียว เต้าหู้ งาดำ

อาหารที่มีโปแตสเซียม เช่น ปลา ธัญ กล้วย น้ำมันมะเขือเทศ

นมพร่องมันเนย เช่น โยเกิร์ตไขมันต่ำ นมไขมันต่ำ

ผักสดทุกชนิด เช่น อะโวคาโด ผักกาดขาว

ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันดอกทานตะวัน

การควบคุมน้ำหนัก

ดัชนีมวลของร่างกาย = น้ำหนักตัว(กิโลกรัม)
ส่วนสูง² (ตารางเมตร)

ถ้าปกติ = 18.5-24.9 kg/m²

ถ้าต่ำกว่า 18.5 แสดงว่าผอม
ยิ่งต่ำกว่ายิ่งอันตรายยิ่ง

สื่อนำเสนอภาพนิ่ง

การออกกำลังกาย

ผู้มีความแข็งแรงดีสูง ควรออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน วันละ 20-30 นาที

- ❖ ช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนดีขึ้น
- ❖ ช่วยป้องกันโรคของหลอดเลือด
- ❖ การลดลงของระดับไขมันที่สะสมในร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณท้อง
- ❖ ช่วยในการลดน้ำหนัก
- ❖ ทำให้ความดันโลหิตลดลง



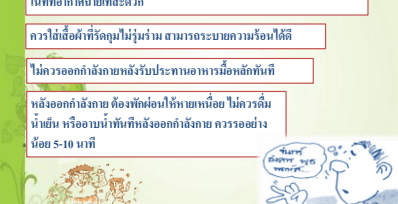
ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย คือ ตอนเช้า และควรออกกำลังกายในที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก

ควรใส่เสื้อผ้าที่รัดกุมไม่มั่ววุ่น สามารถระบอบความร้อนได้ดี

ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมื้อหลักทันที

หลังออกกำลังกาย ต้องพักผ่อนให้หายเหนื่อย ไม่ควรดื่มน้ำเย็น หรืออาบน้ำทันทีหลังออกกำลังกาย ควรอาบน้ำเย็น 5-10 นาที



วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

- การเดินเร็ว
- การวิ่ง
- โยคะ
- การว่ายน้ำ
- การขี่จักรยาน
- การรำมวยจีน
- การเต้นแอโรบิค
- การบริหาร



วิธีการผ่อนคลายความเครียด

การนอนหลับพักผ่อน

การทำสมาธิ สวนนาค การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การออกกำลังกาย ออกกำลังกาย ว่ายน้ำ โยคะ

ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ

ปลูกต้นไม้ จัดสวน เล่นกับสัตว์เลี้ยง

การระบายความไม่สบายใจให้ผู้อื่นรับฟัง



ข้อควรปฏิบัติในการออกกำลังกาย

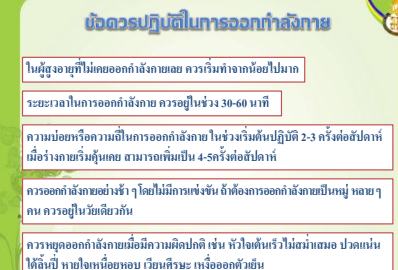
ในผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำจากน้อยไปมาก

ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ควรอยู่ในช่วง 30-60 นาที

ความบ่อยหรือความถี่ในการออกกำลังกาย ในช่วงเริ่มต้นปฏิบัติ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อร่างกายเริ่มคุ้นเคย สามารถเพิ่มเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ควรออกกำลังกายอย่างช้า ๆ โดยไม่มีการแข่งขัน ถ้าต้องการออกกำลังกายเป็นหมู่ หลาก ๆ คน ควรอยู่ในวัยเดียวกัน

ความหยุดออกกำลังกายเมื่อมีความผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอ ปวดแสบ ปวดคัน ใจสั่น หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น



การลดหรือเลิกสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่ทำให้ความดันโลหิตสูงได้ และการสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิด โรคหัวใจขาดเลือด และ อัมพาต

เลิกสูบบุหรี่วันละหนึ่ง



สื่อนำเสนอภาพนิ่ง

การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ผู้ชาย	ผู้หญิง
ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 30 มิลลิกรัม/วัน	ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์เกิน 15 มิลลิกรัม/วัน
 	 

การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด

- ผู้ป่วยควรทราบข้อควรระวังการใช้ยา การออกฤทธิ์ของยา และรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรหากมีอาการแพ้ยาทุกครั้งที่
- ควรรับประทานยาในเวลาที่เหมาะสมและตรงกันทุกวัน เช่น รับประทานหลังอาหารเช้าประมาณ 30 นาที
- ถ้าหากเดิมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่รู้สึกได้ แต่ถ้าหากได้กินเวลารับประทานครั้งต่อไปให้รับประทานนั้นตามปกติ โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า
- หากมีขมิ้นชันที่รับประทานแล้ว ทำให้รู้สึกไม่สบายควรรีบแจ้งให้แพทย์ทราบทันที
- การรับประทานยาอาจมีความเสี่ยงต่ออาการเวียนศีรษะ หน้ามืด มึนงง ขณะเปลี่ยนยารักษาอย่างเร็วควรแจ้งการเปลี่ยนยาอย่างช้า ๆ

ยาที่ขาดความดันโลหิตสูง


ยาขับปัสสาวะ  ยับยั้งโคเลสเตอรอล

คลื่นเนื้ออ่อนดำ ไม่มีแรงเป็นตะคริว → ควรรับประทาน คลื่นไส้ ซึม มะเชื้อทนต์

ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย หัวใจ วิงเวียน ปวดศีรษะ → ค่อยๆ เติมน้ำให้

การรับประทานยาและพบแพทย์ตามนัด


- การรับประทานยาลดความดันโลหิตสูง หากไม่มีอาการของโรคหรือมีอาการดีขึ้น ห้ามหยุดรับประทานยาเอง ต้องไปพบแพทย์และแพทย์เป็นผู้บอกให้หยุดรับประทานยาเอง
- ห้ามซื้อยาลดความดันโลหิตที่อื่น หรือซื้อยาลดความดันโลหิตรับประทานเอง
- ควรมีรายการของยารักษาโรคที่จดบันทึกไว้
- ความพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อประเมินผลการรักษา



ยาขยายหลอดเลือด

 **อะทีโนลอล** คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก มีน้ำตาตามาก ๆ

 **เอ็นาลาพริล** คลื่นไส้ อ่อนเพลีย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ท้องเสีย อาการรุนแรงหรือไม่มีขึ้นควรพบแพทย์ ใดๆ ทั้ง ๆ

 **แอมโลดิพีน** ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ร้อนวูบวบ คลื่นไส้ เจ็บมือ เจ็บเท้า เจ็บคอ อาการเหล่านี้ไม่ใช่ยารุนแรงขึ้น พบแพทย์



คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



จัดทำโดยชลการ ชายกุล

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่(ภาคพิเศษ)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

16 กุมภาพันธ์ 2556

แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
 ระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโครงการ.....มิลลิเมตรปรอท
 ระดับความดันโลหิตหลังร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 2.....มิลลิเมตรปรอท
 ระดับความดันโลหิตหลังร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 3.....มิลลิเมตรปรอท
 ระดับความดันโลหิตหลังร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 4.....มิลลิเมตรปรอท
 ระดับความดันโลหิตหลังร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 5.....มิลลิเมตรปรอท
 ระดับความดันโลหิตหลังร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 6.....มิลลิเมตรปรอท
 ระดับความดันโลหิตหลังร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 7.....มิลลิเมตรปรอท
 ระดับความดันโลหิตหลังร่วมโครงการ สัปดาห์ที่ 8.....มิลลิเมตรปรอท

แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายการผ่อนคลายความเครียดการรับประทานยา

วันที่/เดือน/ปี	อาหารที่รับประทาน	วิธีการออกกำลังกาย/ ระยะเวลา	วิธีผ่อนคลายความเครียด	ยาที่รับประทาน
	<p>มือเช้า</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>มือกลางวัน</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>มือเย็น</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>อาหารว่าง</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>วิธีการออกกำลังกาย</p> <p><input type="checkbox"/> กายบริหาร</p> <p><input type="checkbox"/> เดิน</p> <p><input type="checkbox"/> วิ่ง</p> <p><input type="checkbox"/> ถีบจักรยาน</p> <p><input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค</p> <p><input type="checkbox"/> ออกกำลังกายวิธี อื่นๆระบุ</p> <p>.....</p> <p>ระยะเวลาที่ออก กำลังกาย</p> <p><input type="checkbox"/> น้อยกว่า 30 นาที</p> <p><input type="checkbox"/> มากกว่า 30 นาที</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้ออกกำลังกาย</p>	<p><input type="checkbox"/> นั่งสมาธิ</p> <p><input type="checkbox"/> สวดมนต์</p> <p><input type="checkbox"/> ฟังการหายใจ</p> <p><input type="checkbox"/> ฟังผ่อนคลายกล้ามเนื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> เดินเล่น</p> <p><input type="checkbox"/> นอนหลับ</p> <p><input type="checkbox"/> ปรึกษาบุคคลในครอบครัว</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีความเครียด</p>	<p>เช้า</p> <p><input type="checkbox"/> รับประทาน</p> <p><input type="checkbox"/> ลืมรับประทาน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>กลางวัน</p> <p><input type="checkbox"/> รับประทาน</p> <p><input type="checkbox"/> ลืมรับประทาน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>เย็น</p> <p><input type="checkbox"/> รับประทาน</p> <p><input type="checkbox"/> ลืมรับประทาน</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p>

เป้าหมายของฉัน.....

สัปดาห์ที่.....

ฉันเป็นโรคความดันโลหิตสูง ฉันจะเลือกปฏิบัติในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา ดังนี้	ทำได้	ทำไม่ได้	ปัญหาและอุปสรรค
1. ลดการรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม กุ้งแห้ง ไส้กรอกกะปิ แองไตปลาน้ำมด ปลาร้า เต้าเจี้ยว ผักผลไม้ดอง อาหารที่ใส่ผงชูรส			
2. ลดการเติมเครื่องปรุงรส เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส ผงชูรส ซุปก้อน ผงปรุงรส			
3. ลดการรับประทานอาหารถึงสำเร็จรูป เช่น มาม่า โจ๊กซอง			
4. ลดรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น ข้าวกล่องสำเร็จรูป แองตุง ข้าวเกรียบ ข้าวตังปรุงรส ขนมขบเคี้ยว			
5. เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง และผักชนิดต่าง ๆ			
6. เลือกรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง กล้วย ส้ม ชมพู			
7. เลือกรับประทานปลา เต้าหู้ และถั่วชนิดต่าง ๆ			
8. เลือกดื่มพร่องมันเนย หรือนมไขมันต่ำ			
9. เลือกปรุงอาหารหรือรับประทานอาหารที่ปรุงมาจากน้ำมันพืช			
10. ลดการรับประทานอาหารผัด ทอด			
11. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการ อบ นึ่ง ต้ม ย่าง			
12. ลดรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู หนังกู๋ เนื้อวัว เนื้อหมูติดมัน หมูสามชั้น			

เป้าหมายของฉัน.....

สัปดาห์ที่.....

ฉันเป็นโรคความดันโลหิตสูง ฉันจะเลือกปฏิบัติในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับประทานยา ดังนี้ดังนี้	ทำได้	ทำไม่ได้	ปัญหาและอุปสรรค
13. ลดรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ แคบหมู มันปู มันกุ้ง อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง ปู หอยชนิดต่าง ๆ			
14. ลดการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำอัดลม			
15. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า ยาแดง			
16. เลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที			
17. หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ปลั่อย่างว้าง เดินเล่น นอนหลับ หรือปรึกษานักจิตวิทยาในครอบครัว			
18. รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง ครบทุกมื้อ			

ภาคผนวก ง

ใบพื้กษัณัถษของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพื้กษัณัถษของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มทดลอง)

สวัสดีคะ ดิฉันนางสาวชลการ ชายกุล นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง” เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตที่อาจเกิดขึ้น ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยโดยจัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง

โปรแกรมของการส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะใช้เวลา 8 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 1 ท่านจะได้รับการวัดความดันโลหิต ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ท่านและครอบครัวจะได้รับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา พร้อมการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ได้รับการแจกคู่มือการจัดการตนเองและแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพพร้อมอธิบายการบันทึกและฝึกการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตาม เพื่อติดตามผลและประเมินผลการจัดการตนเองที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัวในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเอง จากการประเมินระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพ ในการฝึกการจัดการตนเองการออกกำลังกาย ถ้าหากท่านมีอาการผิดปกติระหว่างการออกกำลังกาย เช่น ใจสั่น หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ ให้ท่านหยุดออกกำลังกายทันที และผู้วิจัยจะดูแลให้ท่านได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ท่านจะสามารถยกเลิก หรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากทีมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 080-8874591

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือไม่
 ประสงค์จะลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความ
 ร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางสาวชลกร ชายกุล)

ผู้วิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย (กลุ่มควบคุม)

สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันนางสาวชลการ ชายกุล เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่จะเป็นประโยชน์ในการจัดการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตที่อาจเกิดขึ้น ท่านเป็นบุคคลที่ได้รับคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยโดยจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับข้อมูลและคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ท่านจะได้รับการวัดความดันโลหิตและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1 และประเมินระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 ท่านจะไม่ได้รับการส่งเสริมจัดการตนเองที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว แต่ถ้าหากสนใจผู้วิจัยยินดีจะส่งเสริมการจัดการตนเองให้ท่านภายหลัง

ท่านจะสามารถยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับจากทีมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะทำในภาพรวมเท่านั้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 080-8874591

หากท่านยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือไม่ประสงค์จะลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย ดิฉันขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางสาวชลการ ชายกุล)

ผู้วิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติที่

1. การทดสอบการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Z-value มีค่า ± 1.96 แสดงว่ามีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติดังแสดงในตาราง จ1

ตาราง จ1

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 50$)

พฤติกรรมสุขภาพ	Skewness		Kurtosis	
	statistic	Z-value	statistic	Z-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	.021	0.04	-.995	1.05
หลังทดลอง	-.110	0.23	-.611	0.67
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	-.298	0.64	-1.042	1.15
หลังทดลอง	.168	0.36	-1.319	1.46

SE ของ Skewness = .464 Kurtosis = .902

สูตรการคำนวณค่า Z-value = $\frac{\text{statistic}}{\text{SE}}$

2. การทดสอบการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Z-value ดังแสดงในตาราง จ2

ตาราง จ 2

แสดงการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 50$)

ความดันโลหิตซิสโตลิก	Skewness		Kurtosis	
	statistic	Z-value	statistic	Z-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	.259	0.55	-1.069	1.18
หลังทดลอง	.219	0.47	.314	0.34
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	.683	1.47	-.323	0.35
หลังทดลอง	.631	1.35	.090	0.09

SE ของ Skewness = .464 Kurtosis = .902

สูตรการคำนวณค่า Z-value = $\frac{\text{statistic}}{\text{SE}}$

3. การทดสอบการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Z-value ดังแสดงในตาราง จ.3

ตาราง จ 3

ตาราง จ.3

แสดงการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 50$)

ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	Skewness		Kurtosis	
	statistic	Z-value	statistic	Z-value
กลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	.488	1.05	-1.089	1.20
หลังทดลอง	.454	0.97	.485	0.53
กลุ่มควบคุม				
ก่อนทดลอง	1.249	2.69	.456	0.50
หลังทดลอง	.239	0.51	-.967	1.07

SE ของ Skewness = .464 Kurtosis = .902

$$\text{สูตรการคำนวณค่า Z-value} = \frac{\text{statistic}}{\text{SE}}$$

4. การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองระหว่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Levene's test จากตาราง Test of Homogeneity of variance พบว่า ก่อนทดลอง มีค่า p-value เท่ากับ .685 และความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่า p-value เท่ากับ .844 ซึ่งมีค่า p-value > 0.05 แสดงว่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง จ4

ตาราง จ 4

แสดงการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene's test*

พฤติกรรมสุขภาพ	Levene statistic	df	p-value
ก่อนทดลอง	.166	48	.685
หลังทดลอง	.039	48	.844

5. การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ *Levene's test* จากตาราง *Test of Homogeneity of variance* พบว่าความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนการทดลอง มีค่า *p-value* เท่ากับ .448 และความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลองมีค่า *p-value* เท่ากับ .004 ซึ่งแสดงว่าความแปรปรวนไม่เท่ากัน จึงต้องมาอ่านข้อมูลของ *equal variance not assumed* ค่า *p-value* < .001 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนการทดลอง มีค่า *p-value* เท่ากับ .663 หลังการทดลอง มีค่า *p-value* เท่ากับ .771 ซึ่งมีค่า > 0.05 แสดงว่าความแปรปรวนของของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง จ5

ตาราง จ 5

แสดงการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกแลความดันโลหิตไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene's test*

ความดันโลหิต	Levene statistic	df	p-value
ความดันโลหิตซิสโตลิก			
ก่อนทดลอง	.586	48	.448
หลังทดลอง	9.009	48	.004
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก			
ก่อนทดลอง	.192	48	.663
หลังทดลอง	.086	48	.771

ภาคผนวก จ
แบบประเมินความเครียด

แบบประเมินความเครียด (ST – 5)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

วันที่ประเมิน.....

คำชี้แจง ให้ท่านประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0-3 ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะคนอื่น				

สรุปผลการประเมินความเครียด

() คะแนน 0-4 เครียดน้อย

() คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง

() คะแนน 8-9 เครียดมาก

() คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด

ที่มา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ค้นเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2556 จาก <http://www.dmh.go.th>

ภาคผนวก ข
ตารางนำเสนอผลการวิจัย (เพิ่มเติม)

ตาราง 1

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t -test (n = 25)

กลุ่มควบคุม	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม		t	p-value
	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง	94.88	7.69	-4.51	0.00
หลังทดลอง	100.52	5.49		

ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ของกลุ่มควบคุมก่อนและการหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t -test (n = 25)

พฤติกรรมสุขภาพ	คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน				t	p - value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
การรับประทานอาหาร	36.48	2.58	37.88	1.94	-3.93	.00
การออกกำลังกาย	17.96	6.87	21.60	5.19	-2.86	.00
การจัดการกับความเครียด	20.00	1.38	20.64	1.03	-2.37	.02
การรับประทานยา	20.44	1.04	20.40	1.00	.29	.77

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ *Pairedt-test* ($n = 25$)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p - value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ความดันโลหิตซิสโตลิก	156.96	10.06	154.76	12.54	1.27	.21
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	96.76	6.00	93.04	4.12	4.56	.00

เป้าหมายของฉัน... ออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์ ทำเวท 0.5 ชั่วโมง วัน 3 ครั้ง

สัปดาห์ที่.....?

ฉันเป็น โรคความดันโลหิตสูง ฉันจะเลือกปฏิบัติในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยา ดังนี้ ดังนี้	ทำได้	ทำไม่ได้	ปัญหาและอุปสรรค
13. ลดรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ แขนหมู มันหมู มันกุ้ง อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง ปู หอยชนิดต่าง ๆ			ออกกำลังกาย ไม่ได้ทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้
14. ลดการรับประทานอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำอัดลม			พกใบฟัน
15. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า ชาดอง			กินน้ำผลไม้ที่ออกจากร่างกาย
16. เลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที		✓	ซื้อรองเท้าวิ่งและ 10 วิด
17. หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ฟังการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ปลั่ยวาง เดินเล่น นอนหลับ หรือปรึกษาบุคคลในครอบครัว			ที่ ใช้ทำไม่ยาก
18. รับประทานยาตามจำนวนและเวลาที่แพทย์สั่ง ครบทุกมื้อ			

ภาคผนวก ฅ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. แพทย์หญิงสิรินุช วงศ์นาถ
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวชลการ ชายกุล	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5210421006	
วุฒิการศึกษา		
ชื่อสถาบัน	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	2539

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

ชลการ ชายกุล, ทิพมาส ชินวงศ์, และวิภาวี คงอินทร์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใน สภากาชาด (บรรณาธิการ), การประชุมวิจัยทางการพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 5 วันที่ 2-4 ธันวาคม 2556 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์กรุงเทพมหานคร เรื่อง สานวิจัยทางการพยาบาลสู่ปฏิบัติการในประชาคมอาเซียน: พหุลักษณะบูรณาการ และสหสถาบัน (หน้า 513-524). กรุงเทพมหานคร: เอ็นดูโปรดักชั่น.