

ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL PROGRAM ON COMPLICATION
PREVENTIVE BEHAVIOR IN HYPERTENSION OLDER PERSONS

Miss Supawadee Promjame



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

สุภาวดี พรหมแจ่ม : ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง (THE EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL PROGRAM ON COMPLICATION PREVENTIVE BEHAVIOR IN HYPERTENSION OLDER PERSONS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 163 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ที่ใช้รูปแบบการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ณ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 50 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน จับคู่ให้มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ และระดับการศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แผนการดำเนินงานตามโปรแกรม คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.85 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777204536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: THE HEALTH BELIEF MODEL PROGRAM / COMPLICATION PREVENTIVE BEHAVIOR / HYPERTENSION OLDER PERSONS

SUPAWADEE PROMJAME: THE EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL PROGRAM ON COMPLICATION PREVENTIVE BEHAVIOR IN HYPERTENSION OLDER PERSONS. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 163 pp.

This study is quasi-experimental research with an aim to examine the effects of a Health Belief Model program on complication prevention behavior in hypertension older persons with. The Health Belief Model developed by Strecher and Rosenstock (1997) was employed as the intervention. The target group was 50 elderly people with hypertension at the Elderly Club of Amphoe Wiset Chai Chan, Angthong, who met the eligibility criteria. The first 25 subjects were assigned to the control group and the next 25 subjects were assigned to the experimental group. They were pair-matched based on their similar characteristics in terms of gender, age, and educational attainment. The control group received routine nursing care, whereas the experimental group participated in the Health Belief Model program for elderly people with hypertension. The research instrument was the Health Belief Model program for complication prevention behavior in hypertensive elderly people. The program consisted of a program implementation guide, a handbook of concepts and facts that elderly people with hypertension should know to prevent complications of hypertension, which were reviewed by five content experts to check content validity. The data were collected by using the "Health behavior to prevent complications from hypertension" questionnaire which had a content validity index (CVI) of 0.85 and an acceptable reliability at 0.84. The data were analyzed and presented using descriptive (mean, percentage, and standard deviation) and t-test statistics.

The research results can be summarized as follows:

1. Complication prevention behavior in hypertension older persons after participating in the Health Belief Model program was better than that of before participating in the program with statistical significance at .05.

2. Complication prevention behavior in hypertension older persons participating in the Health Belief Model program was better than that of receiving routine nursing care with statistical significance at .05.

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่สละเวลารุณาให้ คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา จนวิทยานิพนธ์สำเร็จ สมบูรณ์ อีกทั้งยังมอบโอกาสและประสบการณ์อันมีค่าตลอดระยะเวลาที่ศึกษา เป็นแบบอย่างที่ดี และเป็นกำลังใจที่สำคัญ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณา ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาท วิชาความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่าตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ใน การปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ ประธานชมรมผู้สูงอายุ ในพื้นที่และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้โอกาสและอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือ และ เก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือใน การศึกษาอย่างดียิ่ง อีกทั้งมอบประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่าให้แก่ผู้วิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และบุคคลที่เคารพรักทุกท่าน ที่เป็น กำลังใจอันยิ่งใหญ่ คอยห่วงใยและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณ คุณบุปผา เขียวหวาน และพี่ น้อง เพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีล ที่ คอยห่วงใยช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวคิดเหตุผลการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	12
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง.....	19
3. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ.....	21
4. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.....	28
5. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ.....	31
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
รูปแบบการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	43
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
การดำเนินการวิจัย.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	75
สรุปผลการวิจัย	81
อภิปรายผลการวิจัย	81
ข้อเสนอแนะ	88
รายการอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก	101
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	102
ภาคผนวก ข จดหมายเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ วิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำ วิทยานิพนธ์ ใบบรรองจริยธรรมในการวิจัย และเอกสารพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง	104
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้การวิจัย.....	123
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล	147
ภาคผนวก จ ประมวลภาพการดำเนินการวิจัย.....	152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	163

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (JNC VII, 2003)	13
ตารางที่ 2	การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)	14
ตารางที่ 3	แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประยุกต์กิจกรรมตามแนวคิดของ Strecher & Rosenstock (1997).....	31
ตารางที่ 4	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา	46
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัว อื่นๆ ค่าระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว.....	47
ตารางที่ 6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ	73
ตารางที่ 7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	74
ตารางที่ 8	แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระดับพฤติกรรม และคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ	149
ตารางที่ 9	แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ.....	150

ตารางที่ 10 แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ แต่ละรายด้าน.....	151
---	-----



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock	24
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย	40
ภาพที่ 3 สรุปลขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	70



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1 พันล้านคน (Wang et al., 2015) คาดว่าในปี ค.ศ. 2025 จะมีเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน (Potts, 2014) และยังมีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปสูงถึง 60-80% (McManus et al., 2012; Seow et al., 2015) สำหรับประเทศไทยพบว่ามีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 ความชุกของโรคความดันโลหิตในผู้สูงอายุร้อยละ 20 และพบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตร้อยละ 20 จากข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2553-2556 พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็น 3.9, 5.7, 5.7 และ 7.99 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557)

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ทำให้ตีบแข็งตัวมากขึ้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ทางกรแพทย์เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติในการไหลเวียนที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสูงอายุ การรับประทานอาหารที่เค็มหรือมีไขมันสูง ภาวะอ้วน ความเครียดขาดการออกกำลังกาย หรือขาดการปฏิบัติตัวในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (จันทนา รณฤทธิชัย, 2552) การดูแลรักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ทำได้ยาก เนื่องจากความแตกต่างกันของวิถีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ และพฤติกรรมการปฏิบัติตน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน แม้จะมีการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเป็นประจำสม่ำเสมอ แต่ยังคงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เจ็บป่วยอยู่ถึงร้อยละ 97.8 ทำให้ระดับความดันโลหิตยังคงสูงควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 68.7 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2554) ส่งผลให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุตามมา

สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 28.96 (กรมการแพทย์, 2557) นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ยังส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญของร่างกายถูกทำลาย (Target organ damage) ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตา จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น 3 เท่า ภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และอัมพาตเพิ่มขึ้น 7 เท่า (กรมการแพทย์, 2557) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นพบว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 69 โรคหลอดเลือด

เลือดสมองร้อยละ 77) โรคไตวาย ไตพิการร้อยละ 23.35 (JNC VII, 2003) และตามยอดตามมา (Acelajado & Oparil, 2009) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งหากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น เกิดพยาธิสภาพแก่อวัยวะต่างๆตามที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตรวมทั้งมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555)

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหรือวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งความรุนแรงของโรคไม่ให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่เจ็บป่วย (Rosenstock, 1974) ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะโรคและแผนการรักษา(JNC VII, 2003) ประกอบด้วย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การงดดื่มแอลกอฮอล์และการเลิกบุหรี่ ก็จะทำให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากปฏิบัติพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 100 (สิรินาถ คำใจหนัก, 2548) โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญส่งผลให้เกิดอันตรายรุนแรงต่อสุขภาพและทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ คือ 1) การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค 2) ขาดการออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียดไม่เหมาะสม ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ รวมทั้งความวิตกกังวลและความไม่สบายใจที่มีอยู่ (JNC VII, 2003) สำหรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการมาพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับดี (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2544) ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ไม่มากนัก ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเหมือนการปฏิบัติพฤติกรรมด้านอื่นๆ (ชลการ ชายกุล, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ป่วย และปัจจัยสำคัญเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (พิมพ์พร คงชุม, 2553) นั้นมีอิทธิพลและความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล (รัตนา เรือนอินทร์, 2550; Romano & Scott, 2014) ดังเช่นการศึกษาของอรชร ศรีไทรล้วน (2541) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของกรรณิกา เรือนจันทร์ (2535) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาของเพ็ญศรี เกิดนาค (2537) พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการรับรู้จากประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือผู้อื่นที่สะสมมานานจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเคยชิน ซึ่งค่อนข้างยากที่จะปรับเปลี่ยนความเชื่อที่มีอยู่เดิม โดยจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและส่งผลให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงคือ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการความเครียด ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (เพลินพิศ สายวิชัย, 2554)

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) พบว่ารับประทานอาหารไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 47 (กรมการแพทย์, 2557) ซึ่งเกิดจากผู้สูงอายุมีความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่ไม่สอดคล้องกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ซึ่งไม่ได้มีอาการแสดงที่ชัดเจน เพราะมีความเชื่อว่าตนเองยังปกติและแข็งแรงดี ยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็ม เช่นเดียวกับก่อนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากความชอบและเคยชิน ร้อยละ 65 (ดวงเดือน เทียงสันเทียะ, 2544; Smith et al, 2006) จึงไม่สนใจการรับประทานอาหารให้ถูกต้อง

สำหรับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุพบว่าอยู่ในระดับไม่ดี ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 72 (สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551) เกิดจากความเชื่อที่ว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้ร่างกายยิ่งทรุดโทรมเร็วขึ้น หรือการออกกำลังกายจนเหนื่อยจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์, 2547) และเชื่อว่าการทำงานในชีวิตประจำวันรู้สึกเหนื่อยเป็นการออกกำลังกาย บางคนแบกยกของหนักเกินกำลัง (สุนนา สัมฤทธิ์วิวัฒมาสัย, 2548) โดยมีความเชื่อหรือความเข้าใจในการออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกทางลบต่อการออกกำลังกายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง ทำให้การเคลื่อนไหวเชิงซ้าการมองเห็นลดลง (Dickinson et al, 2006) หรือสถานที่และการเดินทางไม่เอื้ออำนวยในการไปออกกำลังกาย(ตลนภา สร้างไธสง, 2549) นอกจากนั้นด้านการจัดการความเครียดพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงยังมีความเชื่อว่าทุกคนมีความเครียดเหมือนกันและความเครียดมีอยู่ทุกที่ที่เราไม่สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (สุดารัตน์ จาดจัน, 2555) จึงส่งผลให้มีภาวะความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-68 ปี และศึกษาในกลุ่มที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเน้นการให้ความรู้ ในลักษณะการจัดโปรแกรมการสอน โปรแกรมสุขศึกษาทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล (ปาริชาติ กาญจนพิงคะ, 2550; ศศิธรณ์ นนทะโมลี, 2551) สำหรับการศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้มีการ จัดทำโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน (วาสนา มากผาสุก, 2551) การสร้างเสริมอำนาจ (อรพิน เทิด อุดมธรรม, 2550) ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคขณะเจ็บป่วย (เพลินพิศ สายวิชัย, 2554) ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) มาเป็นแนวทางในการอธิบายหรือ ทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคล โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมี พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมโดยบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคหรือ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้พิการ เสียชีวิต เกิดความเจ็บปวดหรือกระทบต่อครอบครัว ส่งผลให้บุคคล เกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตน ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนและการรับรู้ที่ ตนเองสามารถปฏิบัติตัวได้มีมากกว่าอุปสรรคก็จะเป็นแรงผลักดันที่มีอิทธิพลให้บุคคลมีพฤติกรรม การป้องกันเกิดขึ้นทั้งนี้ร่วมกับบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชัก นำสู่การปฏิบัติ เช่น เช่น การรับรู้สภาวะร่างกายความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค การได้รับความรู้ คำแนะนำ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การกระตุ้นเตือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับ ข้อมูลข่าวสารโดยผ่านทางสื่อต่างๆและของรางวัล ซึ่งจะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว จึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวอาจ ได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของบุคคลและประสบการณ์เดิมร่วมกับการวิเคราะห์ถึง อันตรายและการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นตามความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นความรับผิดชอบหลักของ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ที่จะทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าหรือไม่
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรังที่อันตรายและเป็นภัยเงียบที่ผู้สูงอายุคาดไม่ถึง ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงต้องได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไปตลอดชีวิต ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งจะสามารถลดความรุนแรงและอันตราย รวมทั้งลดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ จากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นตามมา (JNC VII, 2003) สำหรับการดูแลผู้ป่วยนั้นจะมุ่งเน้นเฉพาะโรคและการรักษาเพียงอย่างเดียวคงไม่พอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเกิดการรับรู้และตระหนักเห็นถึงความสำคัญในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่เจ็บป่วย (Rosenstock, 1974) ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสอดคล้องกับสภาวะโรคและปัญหาด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด โดยเป็นเป้าหมายที่สำคัญซึ่งนับว่าเป็นการปฏิบัติที่ยากสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากความแตกต่างด้านเชื่อ ทักษะคิดของบุคคลและประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา

ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง แม้จะเป็นสิ่งที่สะสมมานานจนเกิดเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคล แต่ก็ เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดการรับรู้และส่งเสริมเพิ่มแรงกระตุ้นสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนความ

เชื่อที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) มาอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในการลดอันตรายหรือความรุนแรงอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคล ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพตนเอง 3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่ขัดขวางและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง 6) ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้น อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในตัวของคุณบุคคลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดการรับรู้และตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ส่งผลให้สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) ดังกล่าวข้างต้น เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้น การจัดโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดแรงผลักดันและตระหนักรู้ถึงการที่ต้องปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งส่งผลให้สามารถลดอันตรายและความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent – comparison group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ประชากร ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการประเมินจากแบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด (สุนา สัมฤทธิ์วัฒนาสัย, 2548; สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม, 2551; สุदारตน์ จาดจิ้น, 2555) จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา คือ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือวิธีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งความรุนแรงของโรคไม่ให้เกิดเพิ่มมากขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่เจ็บป่วย (Rosenstock, 1974) ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะโรคและแผนการรักษา (JNC VII, 2003) สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงของ อรพิน เทิดอุดมธรรม (2550) โดยสร้างจากกรอบแนวคิดของ Rosenstock (1974) ร่วมกับ JNC VII (2003) ซึ่งในที่นี้ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการกระทำหรือการปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารกระป๋อง ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลสูง การรับประทานผักและผลไม้ ที่มีเส้นใยสูงเป็นประจำ การหลีกเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน

2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการกระทำหรือการปฏิบัติตนในการมีกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การยืด และหดตัวของกล้ามเนื้อ โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ความหนักเบาระดับต่ำถึงระดับปานกลาง โดยกระทำต่อเนื่องอย่างน้อย ครั้งละ 10 นาที รวมอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง โดยมีการอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกายประมาณ 5-10 นาที และคอยสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย

3. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการกระทำหรือการปฏิบัติตนในการมีวิธีเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหาที่ถูกต้อง รวมถึงการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และมีเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ การนอนหลับพักผ่อนได้สนิท การหากิจกรรมทำและการได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าน

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมความเชื่อด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยมีองค์ประกอบ 6 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) 6) ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) โดยกิจกรรมในโปรแกรมแบ่งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล รวมระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อและการดำรงชีวิตของบุคคล หากเขาไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดโปรแกรม สอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมที่ 2 ผู้สูงอายุบอกถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จักของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” และสื่อโปสเตอร์ มีการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ร่วมกันวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ รวมทั้งแจกคู่มือและอธิบายรายละเอียดการลงแบบบันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง และนำกลับไปบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) โดยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงว่าการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำแล้วจะเกิดผลดีต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ละท่านบอกเล่าประสบการณ์ตนเองและชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจในความสามารถของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ ร่วมกับสาธิตและฝึกปฏิบัติ มีการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพเน้นอาหารภูมิปัญญาในท้องถิ่นร่วมกับวิเคราะห์อาหารจากแผ่นภาพตัวอย่างอาหาร สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นสิ่งที่มากระตุ้น สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พุดคุยซักถามถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข ชมเชยให้กำลังใจเปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติร่วมแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งชี้แนะให้ความรู้ คำปรึกษาหรือการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 6 การตรวจวัดความดันโลหิต และให้ข้อมูลย้อนกลับจากการทำแบบบันทึก ร่วมกับสรุปปัญหา อุปสรรคแนวทางแก้ไข มอบรางวัลและชมเชย ให้กำลังใจกับผู้ป่วยร่วมการวิจัย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ ได้แก่ การซักถามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรครวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชนต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ให้การดำเนินการวิจัยมีความครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย โดยสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัย เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.1) โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.2) ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.3) การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตสูง
 - 1.4) อาการของโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.5) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
 - 1.6) พยาธิสภาพของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
 - 1.7) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
4. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
5. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง
 - 6.2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
 - 6.3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

โลหิตสูง

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.1 โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูงคือภาวะที่มีความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่องเกิดจากการที่หลอดเลือดแดงเล็กลงหรือการหดตัวของหลอดเลือดทั่วร่างกายทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ช้าและน้อยลง ส่งผลให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้นเพื่อเพิ่มแรงดันภายในหลอดเลือดแดงเพื่อสูบน้ำเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายให้เพียงพอ (จันทนา รมฤทธิวิชัย, 2552) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคความดันโลหิตชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Chobanian et al., 2003) คณะกรรมการองค์การอนามัยโลกและประชาคมโรคความดันโลหิตสูงระหว่างประเทศ (World Health Organization & International society of Hypertension [WHO-ISH], 2003) โดย Joint National Committee ครั้งที่ 7 ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปครอบคลุมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วยว่า หมายถึงภาวะที่มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท และ ค่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท (JNC VII, 2003) สำหรับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้ให้ความหมายของความดันโลหิตสูง ดังนี้

Hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มม.ปรอท

Isolated systolic hypertension หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มม.ปรอท แต่ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90 มม.ปรอท

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุข พบว่าสูง (ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140 มม.ปรอทและ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 90 มม.ปรอท) แต่เมื่อวัดความดันโลหิตที่บ้านจากการวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่าไม่สูง (ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า 135 มม.ปรอท และ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่า 85 มม.ปรอท)

เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวขาดความยืดหยุ่น หัวใจทำงานเพิ่มสูงขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น แต่มีระดับความดันไดแอสโตลิกลดลง อย่างช้าๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงได้ง่าย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) และมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดในสมองแตกหรือโรคหัวใจวายสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติถึง 3 เท่า (กรมการแพทย์, 2557)

1.2 ชนิดของโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด(พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2553) ดังนี้

1.2.1 โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary/Essential hypertension)

พบได้ร้อยละ 90-95 ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น กรรมพันธุ์ อาหารรสเค็มจัดและไขมันสูง ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ความดันโลหิตสูงชนิดนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการรับประทานยา (JNC VII, 2003)

1.2.2 โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) พบได้น้อยประมาณร้อยละ 5-10 ซึ่งเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่ผิดปกติของอวัยวะหรือระบบต่างๆของร่างกายที่ทำให้เกิดแรงดันเลือดสูง ส่วนใหญ่เกิดจากโรคไต ความผิดปกติของระบบประสาท ความผิดปกติของฮอร์โมน ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะหลังผ่าตัดและการรับประทานยาประเภทสเตียรอยด์ และยาคุมกำเนิด เป็นต้น ความดันโลหิตสูงชนิดนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้เมื่อแก้ไขสาเหตุ

1.3 การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตสูง

แนวทางของคณะกรรมการความร่วมมือแห่งชาติสหรัฐอเมริกา Joint National Committee on Prevention, Detections, Evaluation and Treatment of High Blood pressure VII, 2003 (JNC VII, 2003) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 การจำแนกประเภทระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (JNC VII, 2003)

ระดับ	ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)
Normal	< 120	และ < 80
Pre-hypertension	120-139	หรือ 80-89
Stage 1 Hypertension	140-159	หรือ 90-99
Stage 2 Hypertension	≥ 160	หรือ ≥ 100

สำหรับแนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ได้จำแนกประเภทระดับโรคความดันโลหิตสูง ดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 การจำแนกระดับความดันโลหิตของผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Grade1 hypertension (mild)	140-159	และ/หรือ	90-99
Grade2 hypertension (moderate)	160-179	และ/หรือ	100-109
Grade3 hypertension (severe)	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

เมื่อความรุนแรงของความดันโลหิต systolic และ diastolic อยู่ต่างระดับกัน ให้ถือระดับที่รุนแรงกว่าเป็นเกณฑ์ ในผู้ป่วยสูงอายุควรลดระดับความดันโลหิต systolic ให้น้อยกว่า 140-150/90 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ทั้งนี้หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามมาได้ ดังต่อไปนี้

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตสูงระดับอ่อนหรือปานกลาง มักจะไม่แสดงอาการ แต่มีการทำลายอวัยวะต่างๆ ไปทีละน้อยอย่างช้าๆ ถ้าผู้สูงอายุบางรายที่มีค่าความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรงมาเป็นระยะเวลาานอาการจะปรากฏชัดขึ้นเมื่อหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น จากการบีบตัวเพื่อดันเลือดให้ไหลผ่านแรงดันภายในหลอดเลือดที่สูงขึ้น โดยเฉพาะหลอดเลือดในผู้สูงอายุนั้นมีความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง มีการแข็งตัวเพิ่มขึ้นทำให้เกิดแรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลาย โดยปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือด ไตวาย โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต (JNC VII, 2003) อาการที่บ่งชี้ว่ามีการทำลายของอวัยวะต่างๆ เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก ชาหรือแขนขาอ่อนแรง ชั่วคราวหรือถาวร ตาพร่ามัวหรือมองไม่เห็นชั่วคราว ปวดศีรษะ เวียนศีรษะคลื่นไส้ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน บวมที่เท้าเวลาบ่ายหรือเย็น ปวดขาเวลาเดินระยะทางสั้น ๆ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มักไม่มีอาการและอาการแสดงให้เห็นเด่นชัดในระยะแรก แต่เป็นโรคที่อันตรายและเป็นภัยเงียบที่ผู้สูงอายุคาดไม่ถึง ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีการควบคุมความดันโลหิตไปตลอดชีวิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการและเสียชีวิตอย่างกะทันหันที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

1.5 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

1.5.1 พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 30-60 (Groer, 2001a) โดยผู้ที่ป็นชาวตะวันตกจะมีความดันโลหิตสูงกว่าชาวตะวันออก และชนชาติผิวดำจะมีความดันโลหิตสูงกว่าชนชาติผิวขาว (Crump, 2010) และพบว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเป็นความดันโลหิตสูงกว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวปกติ (พนิดา กุลประสูติติก, 2543) นอกจากนี้ผู้ที่มียีน Angiotensinogen ยังเป็นผู้ที่มีความไวต่อการเพิ่มของระดับโซเดียมทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Lawson, et al., 2011)

1.5.2 อายุ จากการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิตจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 1-2 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวจะเพิ่มเฉลี่ยปีละ 0.5-1 มิลลิเมตรปรอท (กรมการแพทย์, 2557) และในวัยสูงอายุมักมีความเสื่อมตามวัย หลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่นทำให้ความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

1.5.3 เพศ พบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 60 จะมีภาวะความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย (Crump, 2010) เนื่องจากในเพศหญิงหลังการหมดประจำเดือนนั้น การทำงานของเรนินจะลดลง มีผลทำให้หลอดเลือดเกิดแรงต้านทานมากขึ้น (Kaplan, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับผลการรายงานทางสถิติของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงแบ่งตามอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเพศหญิงจะมีความดันโลหิตสูงกว่าเพศชาย โดยเพศชายค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ย เท่ากับ 131.3 ส่วนเพศหญิงความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยเท่ากับ 136.8 (World Health Organization/ International Society of Hypertension Writing Group, 2003)

1.5.4 การรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงเป็นปัจจัยทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือดมีความตึงตัว มีการคั่งของปริมาณน้ำ ทำให้มีปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น (Groer, 2001b) และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีโคเลสเตอรอลสูงจะทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่น เนื่องจากมีการตกผลึกของไขมัน หลอดเลือดมีการตีบแคบลง เกิดแรงต้านทานบริเวณหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Dongbo et al., 2006)

1.5.5 ภาวะอ้วน จากการศึกษาพบว่าภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูงโดยเกี่ยวข้องในเรื่องน้ำหนักของเนื้อเยื่อที่ขยายมากขึ้น ส่งผลให้มีการเพิ่มปริมาณของเลือดออก

จากหัวใจภายใน 1 นาทีสูงขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง โดยเชื่อว่าถ้าลดน้ำหนักลงได้ ตั้งแต่ 10 กิโลกรัม จะช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกลงได้ 5-20 มิลลิเมตรปรอท (Chobanian et al., 2003)

1.5.6 ขาดการออกกำลังกาย บุคคลที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดระดับความดันลงได้ 5-7 มิลลิเมตรปรอท ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือด และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่บาโรรีเซพเตอร์รีเฟล็กซ์ การออกกำลังกายทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้นและร่างกายหลั่งสาร endorphins ทำให้เกิดความสุขและเพิ่ม High density lipoproteins (HDL) ซึ่งช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด (Oparil, 2000)

1.5.7 ความเครียด ความเครียดมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติกโดยไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลั่งสารนอร์อิพิเนพรินจากปลายประสาท และอีพิเนพริน และนอร์อิพิเนพริน จากต่อมหมวกไตขึ้นใน มีผลทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดโดยเพิ่มแรงต้านทานหลอดเลือด หัวใจต้องบีบตัวเพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นครั้งคราวและกลับสู่ระดับปกติได้ แต่ถ้าร่างกายมีการตอบสนองต่อภาวะเครียดเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ความดันเลือดสูงอย่างถาวรได้ (Kaplan, 2006)

1.5.8 การสูบบุหรี่ เนื่องจากนิโคตินในบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด กระตุ้นปมประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวและการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นความดันโลหิตจึงสูงขึ้น จากรายงานการวิจัยพบว่านิโคตินในบุหรี่มีผลต่อการแข็งตัวของผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น 4 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกสูงขึ้น 3 มิลลิเมตรปรอท (Wexler & Aukerman, 2006) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแข็งตัว (JNC VII, 2003)

1.5.9 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งของแอดรีโคลามีน ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น เลือดที่ออกจากหัวใจมีแรงดันสูงทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และจากการศึกษาพบว่าคาเฟอีน มีฤทธิ์กระตุ้นศูนย์ควบคุมกล่อมเนื้อของผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้หัวใจทำงานหนักในการบีบตัวไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (Wexler & Aukerman, 2006)

1.6 พยาธิสภาพของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในระบบหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (McEniery et al., 2006; Potts, K. 2014) ดังนี้

1.6.1 ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเรียบจะมีความตึงตัวมากขึ้น เนื่องจากปริมาณของแคลเซียมและคอลลาเจนเพิ่มขึ้น ในขณะที่สารอิลาสตินลดลงร่วมกับมีการสะสมไขมันในผนังหลอดเลือดจับตัวหนาขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็งความสามารถในการไหลเวียนเลือดลดลง แรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น (สุदारัตน์ ต้นสุภสวัสติกุลและจรินทร์ อัครหาญฤทธิ์, 2548)

1.6.2 การเสื่อมหน้าที่ของผนังหลอดเลือดชั้นในตามวัย ทำให้มีการหลั่งสารสำคัญที่ช่วยในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ซึ่งได้แก่ ไนตริกออกไซด์ทำให้หลอดเลือดเกิดความตึงตัวเพิ่มขึ้น แรงต้านทานหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ลดลง (Elliot, Bakris, & Black, 2004)

1.6.3 ความไวของบาริเรเซพเตอร์ลดลง เกิดจากสาเหตุ 3 ประการได้แก่ การไม่สมดุลระหว่างสารเร่งออกซิเดชันและสารต้านออกซิเดชันในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะออกซิเดชันมากขึ้น ส่งผลให้สารไนตริกออกไซด์ช่วยให้หลอดเลือดขยายตัวมีจำนวนลดลง ทำให้เซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดมีการเสียหายที่การแข็งตัวของหลอดเลือดที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย และการตอบสนองต่อโคลิเนอจิกของหัวใจที่ลดลงตามอายุ ส่งผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น (Monahan, 2007)

1.6.4 การทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรนลดลง โดยปกติแล้วระบบนี้ทำหน้าที่ในการควบคุมความดันโลหิต ผ่านวิธีการควบคุมการเปลี่ยนแองจิโอเทนซิน 1 เป็นแองจิโอเทนซิน 2 หากระบบนี้ทำงานผิดปกติ ทำให้มีแองจิโอเทนซิน 2 เพิ่มขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดแดงหดตัวแคบลงแรงต้านในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและกระตุ้นให้มีการสร้างอัลโดสเตอโรนเพิ่มขึ้นทำให้มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.7 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากไม่แสดงอาการให้เห็นชัดเจน เพราะรู้สึกว่าเป็นปกติซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่มีโรคอันตรายใดๆ จึงขาดการป้องกันโรคที่ถูกต้องปล่อยให้โรครังค้ำเนินต่อไปเรื่อยๆ ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตามมา จึงส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

1.7.1 ด้านร่างกาย เมื่อมีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่ออวัยวะที่สำคัญ ดังนี้

1.7.1.1 หัวใจ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจ ซึ่งเป็นผลมาจากหลอดเลือดมีการตีบแคบและแข็งตัวมากขึ้น ทำให้หัวใจมีการบีบตัวเพื่อต้านกับแรงดันที่เพิ่มขึ้นในหลอดเลือดแดงในระยะแรกกล้ามเนื้อหัวใจจะปรับตัวกับแรงดันหรือแรงต้านทานที่เพิ่มขึ้นโดยการขยายตัว ทำให้หัวใจมีขนาดใหญ่และหนาขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้ร่างกายได้รับเลือดเพียงพอ หากเกิดการบีบตัวต้านแรงดันที่เพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมากขึ้นเรื่อย ๆ เส้นใยของกล้ามเนื้อหัวใจจะหย่อนไม่สามารถขยาย

ได้อีก ส่งผลให้หัวใจห้องซ้ายพองโตและไม่ทำงานจนกระทั่งหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ เกิดเลือดคั่งที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ไม่สามารถรับเลือดจากปอดได้ เลือดจึงท้นเข้าสู่หลอดเลือดแดงของปอด เกิดอาการเลือดคั่งในปอด ทำให้หัวใจห้องขวาทำงานหนักมากขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจวายในที่สุด ในผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีอัตราเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 50 และตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 เท่าของคนในวัยเดียวกันที่ความดันโลหิตปกติ(ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; McAlister et al, 2001)

1.7.1.2 สมอง การมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดที่สมองขาดเลือดและแบบที่มีเลือดออกในสมองระยะเวลายาวนานจะนำไปสู่ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นผลจากหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองเกิดการตีบแคบลง หากมีลิ้มเลือดมาอุดตันบริเวณที่ตีบแคบ ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้เซลล์สมองตายในเวลาต่อมา หากผู้ป่วยยังมีความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องอาจทำให้หลอดเลือดแดงโป่งพองและแตก ซึ่งหลอดเลือดสมองแตกมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงมากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด ทั้งนี้เมื่อความดันโลหิตสูงมากจากความแข็งตัวของหลอดเลือดจะทำให้กลไกการควบคุมเสีย หลอดเลือดในสมองขยายตัว ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เกิดภาวะสมองพิการเฉียบพลันจนทำลายเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.7.1.3 ไต ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตหนาขึ้น ตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงเกิดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมในร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังได้(จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2550)

1.7.1.4 จอรับภาพของลูกตา ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงที่จอประสาทตาหนาตัวขึ้นเมื่อหลอดเลือดนี้ทอดผ่านหลอดเลือดดำ จะกดหลอดเลือดดำที่จุดตัดทำให้เห็นว่าหลอดเลือดดำถูกกดเมื่อพยาธิสภาพเป็นมากขึ้นทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้นตลอดเส้นเลือด เมื่อเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดฝอยที่ตาทำให้มีการหดเกร็งของหลอดเลือดและมีแรงดันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงตาเพิ่มขึ้น เกิดการแตกของหลอดเลือดที่ตา มีเลือดซึมออกมาทำให้ประสาทตาเสื่อมเกิดอาการตาพร่ามัวและตาบอดได้ (สุภาวดี ด่านธำรงกุล, 2543; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เรื้อรังยาวนาน มีผลต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.7.2 ด้านจิตใจ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องควบคุมระดับความดันโลหิตไปตลอดชีวิต และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้พิการและเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุต้องรับประทานยาอย่าง

ต่อเนื่อง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะในรายที่รับประทานยาควบคุมระดับความดันโลหิตหลายชนิด ทำให้มีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับประทานยา เนื่องจากมักคิดว่าตนเองมีอาการรุนแรงมากกว่าบุคคลอื่นๆ และการรับประทานยาเป็นสาเหตุที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน เนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ เช่น อาการอ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี, 2542)

1.7.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จากผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพและเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย จากการศึกษาของ Seow และคณะ (2015) พบว่าผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้จ่ายต่อหัวสูงในการรักษาโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จาก 135 พันล้านดอลลาร์ เป็น 457 พันล้านดอลลาร์ต่อปี ส่วน Maynard (1998 อ้างใน สุวิมล สันติเวส, 2544) พบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายค่ายาเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองถึง 1,784 ดอลลาร์ต่อปี และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและมีการผ่าตัดหรือโรคไตและต้องล้างไต จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงถึง 35,024 และ 40,864 เหรียญต่อปีตามลำดับ สำหรับประเทศไทยพบว่ารัฐบาลยังต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉลี่ยรายละ 1,670 บาท ต่อรายต่อครั้ง และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะสูงเพิ่มขึ้นเป็น 15,283 บาท ต่อรายต่อครั้ง (เพลินพิศ สายวิชัย, 2554)

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การแสดงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆหรือวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมเพื่อลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งความรุนแรงของโรคไม่ให้เกิดเพิ่มขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่เจ็บป่วย (Rosenstock, 1974) ร่วมกับแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาวะโรคและแผนการรักษา (JNC VII, 2003)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้เน้นการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม (JNC VII, 2003) ซึ่งสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายรุนแรงต่อสุขภาพตามมา ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. **พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร** อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมีผลต่อระดับความดันโลหิต จากการศึกษาของ Geleijnse and Grobbee (2004) พบว่า ผลกระทบของการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและปัจจัยการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นเพื่อให้เกิดผลดี จึงควรปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำ มีไขมันน้อย จำกัดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล การรับประทานผักและผลไม้ที่ไม่มีรสหวานเพิ่มขึ้น การดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรจำกัดเกลือในอาหารไม่เกิน 2 กรัมต่อวันหรือประมาณ 1 ช้อนชาต่อวัน สามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิกลง 2-4 มิลลิเมตรปรอท (JNC VII, 2003) จากการศึกษาของวันทนา ทิมพุดิ (2550) พบว่า อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีอุปสรรคเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณเกลือที่รับประทานในแต่ละวัน ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น ปลาาร้า ปลาเค็ม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Burnier (1993) พบว่า การบริโภคเกลือมากมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตสูงขึ้น สำหรับการลดปริมาณเกลือโซเดียมสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง นอกจากการลดเกลือแล้ว ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรลดอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวจากสัตว์ โดยเปลี่ยนมารับประทานไขมันจากพืช ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่างๆของร่างกาย

2. **พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย** เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากการออกกำลังกายมีผลต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงและหลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ช่วยป้องกันการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งช่วยลดแรงต้านภายในหลอดเลือดลงส่งผลให้ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง 5 - 25 มิลลิเมตรปรอทและไดแอสโตลิกลดลง 3 - 15 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงได้มาก ส่วนด้านจิตใจการออกกำลังกายทำให้รู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด (JNC VII, 2003) นอกจากนี้ยังช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรออกกำลังกายแอโรบิก (Aerobic Exercise) เช่น การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การวิ่งเหยาะ ๆ การเดินเร็ว เป็นต้น ความหนักเบาระดับต่ำถึงปานกลาง หรือร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ทำอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง (ACSM, 2003)

การออกกำลังกายโดยการเดินเร็วช่วยลดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ช่วยป้องกันการเกิดและรักษาผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็น Isolated systolic hypertension โดยช่วยลดความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) แต่ไม่ได้ลดความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ทำให้ความแตกต่างระหว่างความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง (pulse pressure)

แคบลอง จึงลดโอกาสเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ควรออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนไหว (Isometric Exercise) เพราะทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวมาก เป็นสาเหตุทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร่วมกับมีความดันโลหิตสูงขึ้นทั้งความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ถ้าเป็นเช่นนี้นานๆจะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตจึงควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมหรือการออกกำลังกายแบบไม่เคลื่อนไหวที่ เช่น การฉุด ดึง แบก และยกของหนัก เป็นต้น (Acelajado & Oparil, 2009)

3. การจัดการความเครียด การจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้ผ่อนคลายและเป็นผลดีต่อการควบคุมรักษาภาวะความดันโลหิตสูง ดังนั้นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงควรรู้จักเสริมสร้างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการป้องกันความเครียด และการผ่อนคลายความเครียด (รัตรนันทนา อัญญา, 2545) เช่น การทำจิตใจให้สงบ ควบคุมอารมณ์ ระวังความโกรธ การนั่งสมาธิ และการฝึกหายใจ โดยเทคนิคดังกล่าวจะลดการกระตุ้นที่ประสาท (Norepinephrine and Epinephrine) ที่หลั่งมาจากอะดรีนัล เมดูลลา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและลดการตอบสนองต่อภาวะเครียดและลดความดันโลหิต (วิมลทิพย์ แก้วถา, 2546)

3. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

4.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อเป็นส่วนประกอบภายในตัวบุคคล โดยที่บุคคลนั้นอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ความเชื่อไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเสมอไป อาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจความคาดหวัง หรือสมมุติฐาน ซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต, 2538)

Lewin (1951) ได้สรุปว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใจหรือปฏิบัติในสิ่งที่ตนพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนา

Becker (1974) ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ ว่าเป็นรูปแบบทางด้านปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ทักษะคติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม โดยนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคและทำนายพฤติกรรมของบุคคล

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ว่า เป็นความเชื่อที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นโดยบุคคลจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ

ของการเกิดโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม การได้รับความเอาใจใส่และสนใจ

สมทรง รักษ์เฒ่า (2540) ได้ให้ความหมายความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ว่าเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำมาใช้ในการทำนาย และอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior)

จากความหมายดังกล่าวผู้วิจัยสรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง รูปแบบความเชื่อ การรับรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วม สามารถนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มีแนวคิดมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาทางสังคม 4 ท่าน คือ Hochbaum, Kegeles, Levental & Rosenstock ในขณะนั้นนักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้ได้ทำงานวิจัยให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขสหรัฐอเมริกา พบปัญหาว่าประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการรับบริการเพื่อป้องกันโรค ซึ่งบริการที่จัดให้ไม่ได้คิดค่าใช้จ่าย หรือถ้ามีค่าใช้จ่ายก็น้อยมาก จากปัญหาดังกล่าวนักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้จึงเสนอรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรูปแบบที่ใช้เป็นตัวแปรเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคล แต่เนื่องจาก Rosenstock เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพไปอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นเข้าใจเกี่ยวกับแบบแผนนี้มากขึ้น คนทั่วไปจึงคุ้นเคยกับชื่อนี้ค่อนข้างจะมากกว่าคนอื่นในระยะแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพใช้สำหรับอธิบายและทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่ง Rosenstock (1974) เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก มีส่วนประกอบดังนี้ 1) ความพร้อมที่จะกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจของ บุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยพิจารณาตัดสินใจจากการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น 2) การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Evaluation of the advocated health behavior) โดยบุคคลจะประเมินโดยพิจารณาถึงความสะดวกหรือความเป็นไปได้ ทางปฏิบัติ และผลที่ได้รับว่ามีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือลดความรุนแรง โรคเพียงใด ทั้งนี้โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่ เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ความเจ็บปวด การเสียเวลา ค่าใช้จ่าย เป็นต้น 3) สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Due to action) อาจ

เป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น ความเจ็บป่วยหรืออาการแสดงของโรค หรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่างๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

ต่อมา Kasl & Cobb (1966) ได้ประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบ่งพฤติกรรมที่ เกี่ยวข้องกันของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มี สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ 2) พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อ รู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม 3) พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและการให้ความร่วมมือปฏิบัติ

ในปี 1988 Rosenstock ได้นำเอาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ของแบนดูรา มาเพิ่มเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเชื่อด้านสุขภาพด้วย

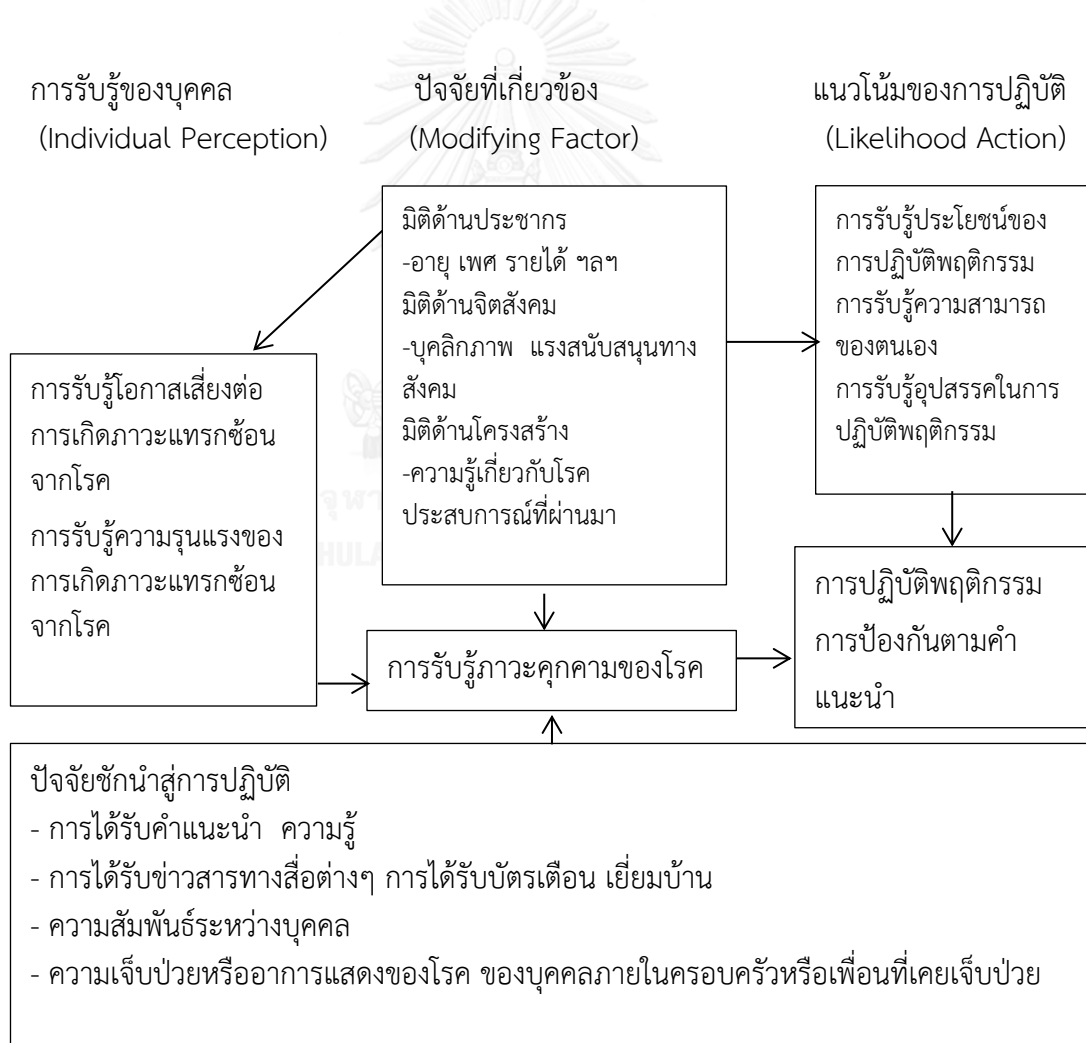
รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของStrecher & Rosenstock (1997) สามารถนำมาเป็นแนวทางในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคล มีองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) เป็นความเชื่อด้านการรับรู้ที่มีอิทธิพลต่อแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลจะรับรู้ภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเองเพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Modifying Factor) เป็นปัจจัยที่มีผลโดยอ้อม ต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยร่วมนี้ได้แก่ 1) ตัวแปรด้านประชากร (demographic variables) เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา 2) ตัวแปรด้านจิตสังคม (sociopsychologic variables) เช่น บุคลิกภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม 3) ตัวแปรด้านโครงสร้าง (structural variables) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 แนวโน้มของการปฏิบัติ (Likelihood Action) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลจะพิจารณาว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสามารถป้องกันโรคหรือลดความเสี่ยง ลดความรุนแรงต่อการเกิดโรค หรือลดภาวะคุกคามของโรคได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งมีอิทธิพลทางบวกต่อแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล โดยเปรียบเทียบกับสิ่งที่รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น เสียค่าใช้จ่าย เป็นต้น โดยประสบการณ์ในอดีตของบุคคลจะส่งผลให้บุคคลแสวงหาความรู้และทักษะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งมีความสำคัญโดยทำหน้าที่กระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง ปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกาย และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับบัตรเตือน ผลกระทบจากสื่อ เป็นต้น รวมทั้งการนำเอาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) แบบคูรา มาเพิ่มในความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติกรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากสลับซับซ้อนเกินไป ขาดทักษะที่จะปฏิบัติ ขาดความรู้สึกว่าตนเองสามารถที่จะทำได้ ให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองว่าบุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันหรือลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้เหมาะสม ความสัมพันธ์ในองค์ประกอบของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Strecher & Rosenstock, 1997) แสดงได้ตามภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock

ที่มา : Strecher & Rosenstock, 1997

ความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคในการลดอันตรายหรือความรุนแรงอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคล สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาเมโนทัศน์หลักเพื่อทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคประกอบด้วย การรับรู้ทั้ง 5 ด้าน และปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการที่จะหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ความเชื่อนี้จะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล ดังนั้นบุคคลจึงปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน โดย Becker & Maiman (1974) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป และมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคสูงขึ้น สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสามารถวัดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในภาวะของความเจ็บป่วยได้ 3 ด้าน คือ 1) ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคในรายที่มีอาการหนักมาก ในรายที่ไม่ไว้วางใจการวินิจฉัยของแพทย์ หรือรายที่มีความเชื่อผิดๆในด้านสุขภาพอาจจะไม่ยอมรับในการวินิจฉัยนั้นและทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยนั้นบิดเบือนไป 2) การคาดคะเนของผู้ป่วยต่อการเกิดความรุนแรงของโรคซ้ำหรือการกลับเป็นซ้ำ ในรายที่เคยมีอาการมาก่อน 3) ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะอื่นๆ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงโดยจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้น Rosenstock (1974) จึงสรุปได้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อเกิดโรคจะทำให้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีสามารถทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความร่วมมือในการปฏิบัติของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity)

หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว การทำงานและบทบาททางสังคม (Becker, 1974) ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้อาการของภาวะแทรกซ้อนและความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงและอันตราย จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวแล้วกำหนดให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อเผชิญภาวะความ

เจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น (Rosenstock, 1974) การศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลและร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits)

หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยการลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค การที่บุคคลวางแผนจะกระทำพฤติกรรมใดนั้น บุคคลมักจะคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลหรือเรียนรู้จากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบุคคลต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และเกิดผลดีในการสามารถป้องกันโรค หรือช่วยลดภาวะคุกคามของการเกิดโรค ซึ่ง การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านความมุ่งมั่น ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์ จากการศึกษาของ Janz & Becker (1984, cited by Rosenstock, 1990) พบว่าการรับรู้ประโยชน์สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ สอดคล้องกับของกรณิการ์ เรือนจันทร์ (2535) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ เช่น การสูญเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก หรือการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย เช่น การสูญเสียความพอใจส่วนบุคคล ก็เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งในการเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการกระทำสูง และรับรู้อุปสรรคต่ำความเป็นไปได้ที่จะกระทำก็เพิ่มขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม และทำให้ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมลดลง การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำนั้นขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมโดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974)

5. **การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)** หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆได้ การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นแนวคิดที่นำมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเป็นแรงจูงใจและตัวกระตุ้นสำคัญของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสู่เป้าหมาย ซึ่งการรับรู้ความสามารถของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพื้นฐานดังนี้ คือ 1) การกระทำนั้นสามารถบรรลุผลสำเร็จตามมาตรฐานที่ตนเองได้ตั้งไว้ หรือได้รับการตอบสนองกลับจากบุคคลอื่น 2) การสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น และการตอบสนองกลับที่ได้รับแล้วนำมาเป็นข้อสรุปของตนเอง 3) การชักจูงของผู้อื่นทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถที่มีอยู่ของตนเองออกมาใช้ในการทำ กิจกรรมนั้นๆ ได้ และ 4) สภาพทางด้านร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความสงบ เป็นต้น บุคคลจะนำสิ่งเหล่านี้มาตัดสินความสามารถของตนเอง ถ้าบุคคลมีความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ด้านบวกที่จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้นและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล

6. **ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)** หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้น อารมณ์ ความรู้สึกให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งมีหลายปัจจัยแต่ปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ และการปฏิบัติ ได้แก่ ด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา ซึ่งปัจจัยทางด้านระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Strecher & Rosenstock, 1997) ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันที่แตกต่างกัน สำหรับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินั้นมาจากความเชื่อของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจมาจากเหตุการณ์ที่เคยเกิดกับตนเอง เช่น การรับรู้สภาวะร่างกายความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค และการได้รับความรู้คำแนะนำ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การได้รับบัตรเตือน การกระตุ้นเตือน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารโดยผ่านทางสื่อต่างๆและของรางวัล

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรค มาใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดการรับรู้และตระหนักถึงอันตรายหรือความรุนแรงอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยนำองค์ประกอบทั้ง 6 ประการ มาใช้ในการกำหนดเนื้อหาและกิจกรรมในโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นการรับรู้และส่งเสริมเพิ่มแรงกระตุ้นสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ทักษะชีวิตที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยอาศัยกระบวนการตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ซึ่งสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4. การพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของกระบวนการสูงอายุ และเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้น การพยาบาลจึงเป็นการดูแลสุขภาพของบุคคลที่บูรณาการแบบองค์รวมของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลในด้านความเชื่อ ความรู้ ความคิด รูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ด้วยการผสมผสานการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 4 มิติดังต่อไปนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น บุคคลต้องมีความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ภายใต้การส่งเสริมและสนับสนุนของบุคลากรทางการพยาบาล

2. การธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health Maintenance) หรือการป้องกันโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of Disease and Injury) หมายถึง การกระทำเพื่อช่วยรักษาภาวะสุขภาพ เช่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เป็นต้น

3. การช่วยเหลือด้านการดูแลรักษา หมายถึง การช่วยเหลือให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และสามารถที่จะกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว โดยคำนึงถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว เช่น การให้คำปรึกษา ความรู้ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ การดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติจนเกิดความอบอุ่นไว้วางใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

4. การซ่อมแซมสุขภาพ (Health Restoration) และการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) หมายถึง การช่วยเหลือเพื่อปรับปรุงสุขภาพของบุคคล หลังเกิดปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคให้คืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว และดำรงภาวะปกตินั้นไว้ได้ เช่น การช่วยเหลือและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ปรับสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด เป็นต้น

สำหรับการพยาบาลในชุมชน นอกจากความครอบคลุมและการผสมผสานรูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ ซึ่งสามารถช่วยค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคลที่เจ็บป่วยได้ โดยเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมหรือลดระดับความดันโลหิต การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถ

ส่งผลให้เกิดอันตรายที่รุนแรงต่อสุขภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ควรมีดังต่อไปนี้ (ไพเราะ ผ่องโชค, 2547)

1) บทบาทด้านการให้ความรู้ (Health education) พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีโอกาสทำงานใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจะต้องมีบทบาทเป็นผู้สอนและให้ข้อมูลความรู้ทักษะความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) พบว่า การให้ความรู้และทักษะอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าใจสภาพของโรคที่เป็นอยู่และจัดการกับอาการเจ็บป่วยตนเองได้ดี ในการส่งเสริมและป้องกันโรค พยาบาลต้องมีการประเมินเกี่ยวกับความต้องการและความพร้อมในการเรียนรู้ มีการวางแผนการสอน และมีการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการสอนว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่

2) บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Counseling) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รับรู้ เข้าใจ ยอมรับตนเอง และยอมรับปัญหาของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาลงมือปรับปรุงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการใช้กิจกรรมกลุ่มเน้นกระตุ้นร่วมกับการให้คำปรึกษา ให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเข้าถึงประสบการณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ พยาบาลต้องนำข้อมูลที่ได้รับเป็นแนวทางในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด โดยพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาและแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเผชิญกับความเจ็บป่วยรวมทั้งยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) บทบาทด้านการดูแล (Caring role) พยาบาลมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) เพื่อสามารถค้นหาปัญหา จนนำมาสู่การวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล คัดวิเคราะห์และการตัดสินใจเลือกกิจกรรมการพยาบาลในการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

4) บทบาทด้านการวางแผน (Planning) พยาบาลต้องมีการวางแผนตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยประเมินเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม การประเมินสภาพในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจสอบคัดกรองเพื่อประกอบการวินิจฉัยของแพทย์ โดยนำข้อมูลมาพิจารณาวางแผนการพยาบาลอย่างรอบคอบและเป็นระบบช่วยในการตัดสินใจและแก้ไขปัญห โดยมีการติดตามประเมินความก้าวหน้าเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพที่ดี

5) บทบาทด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication role) พยาบาลต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งบุคคลในครอบครัวโดยการขอความร่วมมือในการดูแลติดตามการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ให้มีความเหมาะสม มีการสื่อสารให้ผู้สูงอายุคอยสังเกตอาการแสดงที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งบทบาทในการร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

6) บทบาทด้านการประสานงาน (Coordinating role) เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปตามแผนและเป้าหมาย พยาบาลต้องมีการประสานงานในฐานะผู้แทน (Advocate) ด้านการส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและทำงานเป็นทีมร่วมกับกับบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งบทบาทในการปรับปรุงหรือวางแผนนโยบายเกี่ยวกับกิจกรรมคุณภาพในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) บทบาทด้านการป้องกัน (Protecting role) พยาบาลต้องมีการประเมินสภาพอาการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การวัดความดันโลหิต การซักประวัติการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เพื่อเป็นข้อมูลในการค้นหาปัญหาและการพิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง โดยมีการให้ความรู้ คำแนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง รวมทั้งมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

8) บทบาทด้านการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation role) พยาบาลควรมีบทบาทในการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในการป้องกันอันตรายอันเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขและฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความพิการทุพพลภาพและการเสียชีวิตจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน

9) บทบาททางสังคม (Socializing role) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ สังคม พยาบาลควรมีการส่งเสริมความเข้าใจ รวมทั้งการให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จะประสบความสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม มีการประสานงาน การติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างสมาชิกในทีม มีการวางแผนอย่างเป็นระบบ รวมทั้งได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

5. โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมความเชื่อด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนความเชื่อทัศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยมีการจัดกิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมรายกลุ่มที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้ คำแนะนำ การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณครั้งละ 1-2 ชั่วโมง (ในสัปดาห์ที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 8) และรายบุคคลเป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้เวลาประมาณครั้งละ 30 นาที (ในสัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประยุกต์กิจกรรมตามแนวคิดของ Strecher & Rosenstock (1997)

แนวคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ	แนวทางการประยุกต์ใช้จัดโปรแกรม	
	สัปดาห์/ ครั้งที่/เวลา	กิจกรรม
<p>ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดการตระหนักรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พร้อมยอมรับและร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม</p>	<p>สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 30 นาที</p> <p>60 นาที</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดโปรแกรม สอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งให้ผู้สูงอายุบอกถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และให้บอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จักของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การให้ผู้สูงอายุบอกถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และบอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จัก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง</p>

แนวคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ	แนวทางการประยุกต์ใช้จัดโปรแกรม	
	สัปดาห์/ ครั้งที่/เวลา	กิจกรรม
<p>ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ และเข้าใจถึงประโยชน์ที่ได้รับในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำและอุปสรรคที่ขัดขวางในการปฏิบัติพฤติกรรม สามารถประเมินสภาพปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้น และพร้อมยอมรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม</p> <p>ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่</p>	<p>สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 60 นาที</p> <p>สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 120 นาที</p>	<p>“ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” จำนวน 6 ตอนๆ ละ 3-5 นาที และสื่อโปสเตอร์ รวมทั้งการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ เพื่อเพิ่มการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหาหรือข้อสงสัยเพิ่มเติม</p> <p>กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ละท่านบอกเล่าประสบการณ์ตนเองและชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้ชักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พร้อมทั้งการหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ ร่วมกับสาธิต และฝึกปฏิบัติ มีการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพเน้นอาหารภูมิปัญญาในท้องถิ่นร่วมกับวิเคราะห์อาหารจากแผ่นภาพตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมและ</p>

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง

สมศักดิ์ ผดุงจิตร์ (2544) ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และน้ำหนักร่างกายในผู้หญิงสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงสูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี ผ่านการตรวจร่างกายจากแพทย์เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง สามารถออกกำลังกายได้ และไม่เคยออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนมาก่อนจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 10 คน พบว่า ผลการออกกำลังกายด้วยวิธีการแกว่งแขน มีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจขณะพักความดันโลหิตขณะพักและน้ำหนักร่างกายในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลดลง และการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก ความดันโลหิตขณะพัก และน้ำหนักของร่างกายในผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มทดลองแต่แตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้งสองกลุ่ม

วาสนา ครุฑเมือง (2547) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ระดับเหมาะสมมาก ขณะที่การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพกิจกรรมทางกายโภชนาการ และการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ระดับเหมาะสมปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลางและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 59.7 ($p < 0.001$)

ชลกร ชายกุล (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่รับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 25 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Chang et al (2003) ศึกษาเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อหาความสัมพันธ์จากประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ทั้งหมดในประเทศไต้หวัน กลุ่มตัวอย่างของประชากรที่สุ่มได้มีจำนวนทั้งหมด 350 คน อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท ผลวิจัยพบว่าปัจจัยทางพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตทั้ง 2 ท้องที่มี 6 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหารที่มีไขมันต่ำ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การตรวจเช็คความดันโลหิตตามนัด

Lee, Arthus and Avis (2007) ศึกษาประชากรผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (mild to moderate hypertension) ในชนบทประเทศไต้หวัน ที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 202 คน สุ่มแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้แนะนำให้เดินในชุมชน เป็นเวลา 6 เดือน และติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลชุมชนเป็นรายบุคคล ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้แนะนำให้เดิน และให้ใช้ชีวิตตามปกติที่เคยทำ เป็นเวลา 6 เดือน พบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงในกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงไม่ต่างกัน

6.2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (2539) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอายุ 40-70 ปี ได้รับโปรแกรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง มีความสามารถในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความตั้งใจในการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประณีต สิงห์ทอง (2541) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน แบ่งเป็นและกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน กลุ่มทดลอง 50 คนได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด

วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์ (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่

ทราบสาเหตุที่มีอายุ 40-70 ปี จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คนและกลุ่มทดลอง 40 คน โปรแกรมมีระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าระดับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรพิน เทิดอุดมธรรม (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิต แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลอง 20 คนได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาสนา มากผาสุก (2551) ศึกษาโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกัน 6 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง การรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < .01$)

Siriagekarat (2000) ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีอายุ 60-74 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมตามที่กำหนดไว้ 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองความเชื่อมั่นในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Kanjanapibul (2001) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างอายุ 40-65 ปี โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องเพิ่มขึ้น ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนองในพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง และมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตลดลง เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สัดส่วนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักมาตรฐานมีน้ำหนักลดลง เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Khonghaphet (2002) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ รับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลนครปฐม มีอายุระหว่าง 40-65 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา 16 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติ พบว่าภายหลังการทดลองโปรแกรมสุขศึกษาสามารถส่งผลให้ผู้มีความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และมีความตั้งใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา และการมาตามนัด ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

กรรณิการ์ เรือนจันทร์ (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา รวมทั้งการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศศิธร อุตตะมะ (2549) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่

ทราบสาเหตุ มีอายุระหว่าง 34-68 ปี พบว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับเหมาะสมมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมอยู่ระดับเหมาะสมมาก

กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้และคู่มือการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รัตนา เรือนอินทร์ (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน เครือข่ายโรงพยาบาล ลี้ จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า 1) คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคอยู่ระดับสูง ส่วนคะแนนด้านความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคอยู่ระดับต่ำ 2) ส่วนคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมควบคุมโรค ในด้านพฤติกรรมรับประทานยา การมาตรวจตามนัดอยู่ระดับสูง และการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดอยู่ระดับปานกลาง 3) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมโรคโดยรวมอยู่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.362, p < 0.05$)

จิรพงษ์ จริยธนกูล (2554) โดยศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 มิลลิเมตรปรอท - 139 / 89 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คนและกลุ่มควบคุม 32 คน ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค รวมถึงการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

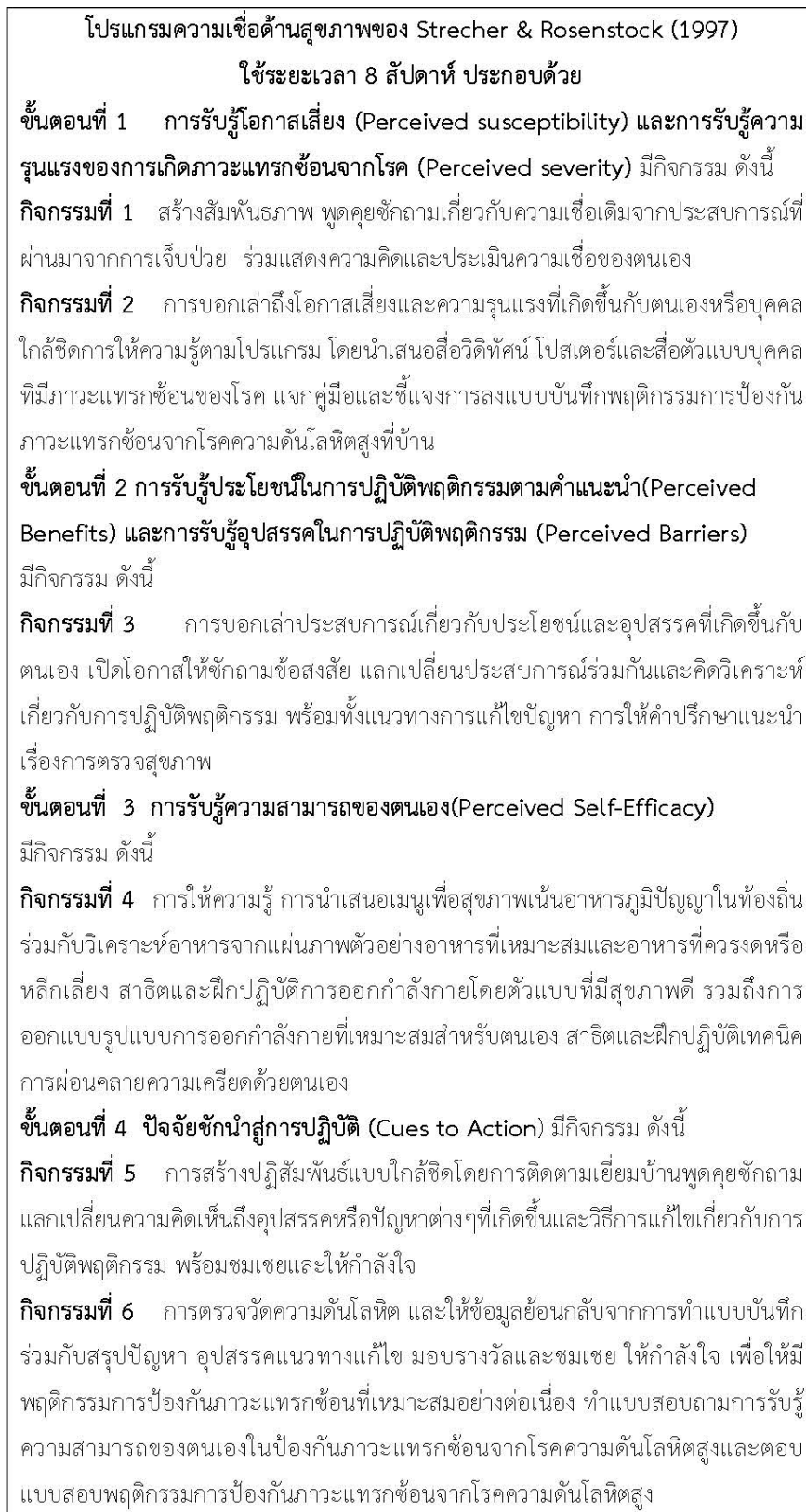
วัลลยา ทองน้อย (2554) โดยศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีอายุ 35-60 ปี ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท - 160 / 100 มิลลิเมตรปรอท ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

Katz (2009) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงของโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอก พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาจากการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร เลิกบุหรี่ การกระตุ้นกิจกรรมทางกาย และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย และทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อที่ถูกต้องทำได้โดยการให้ความรู้อันจะส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของStrecher & Rosenstock (1997) เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทัศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



พฤติกรรม
การป้องกัน
ภาวะแทรก
ซ้อนจากโรค
ความดัน
โลหิตสูง

1. ด้านการ
รับประทาน
อาหาร
2. ด้านการ
ออกกำลังกาย
3. ด้านการ
จัดการ
ความเครียด

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent – comparison group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) จำนวน 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง	O_1	X_1	O_2

กลุ่มควบคุม	O_3	X_2	O_4

— — — หมายถึง ไม่มีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่เปรียบเทียบกัน

X_1 หมายถึง การให้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

X_2 หมายถึง การให้การพยาบาลตามปกติ

O_1 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

O_2 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

O_3 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_4 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุม หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการประเมินจากแบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด (สุนา สัมฤทธิ์วิชัย, 2548; สุภรณ์ สุขพรังพร้อม, 2551; สุดารัตน์ จาดจีน, 2555) โดยเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงจากการประเมินโดยแบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยผู้ทบทวนวรรณกรรม ดำรงเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและดัดแปลงจากแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงของ วาสนา มากผาสุก (2551) ร่วมกับแนวคิดของ JNC VII (2003) เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในแต่ละด้านครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
3. มีเกณฑ์ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558)
4. ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ที่เป็นอันตราย หรือเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติผ่านเกณฑ์การประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-thai 2002) โดยผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียน

ระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดย Barthel ADL Index มีระดับ 12 คะแนนขึ้นไปคือ ไม่เป็นภาวะพึ่งพา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2544)

6. ไม่มีปัญหาการได้ยิน หรือการมองเห็น สามารถอ่านออกเขียนได้ พูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบของ Burns & Grove (2009) กำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญ.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในการศึกษา (drop out) โดยการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีลและตำบลหลักแก้ว ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีลและตำบลหลักแก้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงประสานกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และประธานชมรมผู้สูงอายุ และเข้าดำเนินการเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ตำบล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการประเมินและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

2.1 ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

2.2. ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ Collin et al. (1988) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544)

2.3 ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุโดยใช้แบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมเสี่ยงในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จำนวนด้านละ 3 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในแต่ละด้านครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมวิจัย ลักษณะงานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับให้กลุ่มตัวอย่างทราบ สำหรับผู้ที่ไม่ผ่านการคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิโดยอธิบายให้กลุ่มดังกล่าวทราบว่า จะได้รับการบริการตามปกติทุกประการ

4. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ตำบล โดยวิธีการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Quenouille, 2014) ในด้านต่อไปนี้

4.1) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีเพศเดียวกัน เนื่องจากเพศมีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงดีกว่าเพศชาย (พิมพ์พร คงชุม, 2553)

4.2) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีกลุ่มอายุเดียวกัน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอายุไม่เกิน 5 ปี ในผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงเดียวกัน การจำแนกกลุ่มอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ อายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old) อายุ 70-79 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง (Medium-old) และอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (Old-old) ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545) และอายุที่มากขึ้นจะมีความเสื่อมของประสาทสัมผัสมากขึ้น รับรู้ข้อมูลช้าลง ความแข็งแรงของระบบกระดูก และกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมได้น้อย และช้าลง (Acelajado & Oparil, 2009)

4.3) ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับการศึกษาเดียวกัน เนื่องจากระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงดีกว่าระดับการศึกษาต่ำ (พิมพ์พร คงชุม, 2553) โดยผลการดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (matched pair) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 4

5. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจและความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างว่าต่ำบลใดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) แบบวิธีจับฉลาก ได้ข้อสรุปคือชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล เป็นกลุ่มทดลอง และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว เป็นกลุ่มควบคุม

6. ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน โดยการนัดวัน/เวลา/สถานที่ เพื่อให้กลุ่มควบคุมมาเข้าร่วมงานวิจัย ในสัปดาห์ที่ 1 คือ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 เวลา 09.00 – 10.00 น. ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว เพื่อให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำบัตรนัดเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 8 คือ วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2560 เวลา 09.00 – 10.00 น. ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว เพื่อมาทำการตอบแบบสอบถามประเมิน พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) มีช่วงระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2560

7. ผู้วิจัยทำการนัดหมายกลุ่มทดลอง และให้โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่าง 2 กลุ่ม ตั้งแต่ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 รวมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

ตารางที่ 4 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับคู่ (matched pair) โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n=25)			กลุ่มทดลอง (n=25)		
	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา
1	ชาย	73	ประถมศึกษา	ชาย	76	ประถมศึกษา
2	หญิง	75	ประถมศึกษา	หญิง	73	ประถมศึกษา
3	หญิง	76	ประถมศึกษา	หญิง	77	ประถมศึกษา
4	หญิง	73	ประถมศึกษา	หญิง	76	ประถมศึกษา
5	หญิง	74	ประถมศึกษา	หญิง	76	ประถมศึกษา
6	หญิง	74	ประถมศึกษา	หญิง	75	ประถมศึกษา
7	ชาย	73	ประถมศึกษา	ชาย	76	ประถมศึกษา
8	หญิง	71	ประถมศึกษา	หญิง	70	ประถมศึกษา
9	ชาย	74	มัธยมศึกษา	ชาย	75	มัธยมศึกษา
10	ชาย	73	มัธยมศึกษา	ชาย	71	มัธยมศึกษา
11	หญิง	65	มัธยมศึกษา	หญิง	62	มัธยมศึกษา
12	หญิง	61	มัธยมศึกษา	หญิง	61	มัธยมศึกษา
13	หญิง	67	มัธยมศึกษา	หญิง	67	มัธยมศึกษา
14	ชาย	61	ประถมศึกษา	ชาย	60	ประถมศึกษา
15	หญิง	77	ประถมศึกษา	หญิง	79	ประถมศึกษา
16	ชาย	66	มัธยมศึกษา	ชาย	69	มัธยมศึกษา
17	ชาย	65	มัธยมศึกษา	ชาย	67	มัธยมศึกษา
18	หญิง	60	มัธยมศึกษา	หญิง	60	มัธยมศึกษา
19	หญิง	63	มัธยมศึกษา	หญิง	61	มัธยมศึกษา
20	หญิง	63	ประถมศึกษา	หญิง	63	ประถมศึกษา
21	ชาย	67	ประถมศึกษา	ชาย	68	ประถมศึกษา
22	ชาย	66	ประถมศึกษา	ชาย	64	ประถมศึกษา
23	ชาย	68	ประถมศึกษา	ชาย	67	ประถมศึกษา
24	หญิง	73	ประถมศึกษา	หญิง	74	ประถมศึกษา
25	หญิง	73	ประถมศึกษา	หญิง	72	ประถมศึกษา

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่นๆ ค่าระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	10	40.0	10	40.0	20	40.0
หญิง	15	60.0	15	60.0	30	60.0
อายุ (ปี)	(\bar{X} = 69.2; SD= 5.25)		(\bar{X} = 69.5; SD= 6.09)		(Min=60; Max=79)	
60-69	12	48.0	12	48.0	24	48.0
70-79	13	52.0	13	52.0	26	52.0
80 ขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
สถานภาพสมรส						
โสด	2	8.0	6	24.0	8	16.0
คู่	16	64.0	11	44.0	27	54.0
หม้าย	5	20.0	6	24.0	11	22.0
หย่า/แยกกันอยู่	2	8.0	2	8.0	4	8.0
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	-	-	-	-	-	-
ประถมศึกษา	16	64.0	16	64.0	32	64.0
มัธยมศึกษา	9	36.0	9	36.0	18	36.0
อนุปริญญา	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน						
ไม่ได้ทำอะไร อยู่บ้าน เฉยๆ	9	36.0	12	48.0	21	42.0
เกษตรกรกรรม	7	28.0	5	20.0	12	24.0
รับจ้าง	6	24.0	6	24.0	12	24.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	8.0	2	8.0	4	8.0
รับราชการ	1	4.0	-	-	1	2.0
อื่นๆ ระบุ.....	-	-	-	-	-	-
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
น้อยกว่า 5,000	18	72.0	19	76.0	37	74.0
5,000 – 10,000	7	28.0	6	24.0	13	26.0
มากกว่า 10,000 ขึ้นไป	-	-	-	-	-	-
ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ ใคร						
อยู่คนเดียว	2	8.0	7	28.0	9	18.0
อยู่กับคู่สมรส	15	60.0	11	44.0	26	52.0
อยู่กับบุตร	8	32.0	9	36.0	17	34.0
อยู่กับหลาน	3	12.0	4	16.0	7	14.0
อยู่กับญาติพี่น้อง	1	4.0	2	8.0	3	6
อื่นๆ ระบุ.....	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง						
น้อยกว่า 5 ปี	15	60.0	7	28.0	22	44.0
6 - 10 ปี	9	36.0	11	44.0	20	40.0
มากกว่า 10 ปี	1	4.0	7	28.0	8	16.0
โรคประจำตัวอื่นๆ						
ไม่มี	17	68.0	15	60.0	32	64.0
มีอีก 1 - 2 โรค	8	32.0	10	40.0	18	36.0
มีอีก 3 - 4 โรค	-	-	-	-	-	-
ค่าระดับความดันโลหิต						
Normal	-	-	-	-	-	-
High normal	-	-	-	-	-	-
Grade1 HT (mild)	18	72.0	15	60.0	33	66.0
Grade2 HT (moderate)	7	28.0	10	40.0	17	34.0
Grade3 HT (severe)	-	-	-	-	-	-
น้ำหนัก (กิโลกรัม)						
ต่ำกว่า 40	1	4.0	-	-	1	2.0
41 - 50	6	24.0	5	20.0	11	22.0
51 - 60	8	32.0	11	44.0	19	38.0
มากกว่า 60	10	40.0	9	36.0	19	38.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนสูง (เซนติเมตร)						
ต่ำกว่า 150	6	24.0	7	28.0	13	26.0
151 - 160	10	40.0	11	44.0	21	42.0
มากกว่า 160	9	36.0	7	28.0	16	32.0
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม²)						
18.5 – 22.9	9	36.0	11	44.0	20	40.0
23 – 24.9	7	28.0	11	44.0	18	36.0
25 – 29.9	7	28.0	2	8.0	9	18.0
มากกว่า 30 ขึ้นไป	2	8.0	1	4.0	3	6.0
เส้นรอบเอว (นิ้ว)						
น้อยกว่า 32	10	40.0	7	28.0	17	34.0
33 - 36	13	52.0	13	52.0	26	52.0
มากกว่า 36	2	8.0	5	20.0	7	14.0

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมและไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมแม้เพียง 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 163.1/59 วันที่รับรอง 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และประสานกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ประธานชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการได้รับบริการพยาบาลหรือการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยถือเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุด โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการบริการตามปกติทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยนำเสนอประเภทของเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือตามลำดับ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) ซึ่งพัฒนามาจากแบบทดสอบ MMSE ที่พัฒนาโดย Folstein et al. (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยสามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ได้ผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้ และความแม่นยำของเครื่องมือ (Reliability and Validity) โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในพื้นที่ประเทศไทย 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา (Validity) เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยง

(Reliability) เท่ากับ .88 และมีความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 92.6 โดยแบบทดสอบประกอบด้วย 11 คำถาม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) โดยมีเกณฑ์ คือ

ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก – เขียนไม่ได้) ได้คะแนน > 14 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4,9,10)

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา ได้คะแนน > 17 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ได้คะแนน > 22 จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ Collin et al. (1988) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับความสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย มีการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินระดับคุณภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79 โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนี้

- 0 – 4 คะแนน หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
- 5 – 8 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
- 9 – 11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
- 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยทบทวนเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับแนวคิดของ JNC VII (2003) และดัดแปลงจากवासนา มากผาสุก (2551) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมเสี่ยงในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จำนวนด้านละ 3 ข้อ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในแต่ละด้านครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเครื่องมือ จำนวนทั้ง 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

- | | | | |
|-----|--|---|----|
| 1.1 | อายุรแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง | 1 | คน |
| 1.2 | อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง | 2 | คน |
| 1.3 | พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง | 2 | คน |

ภายหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) ปรับเพิ่มการระบุระยะเวลาของพฤติกรรมในแต่ละด้านเป็น ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 2) ปรับเพิ่มการระบุปริมาณของเกลือหรือโซเดียมเป็นมากกว่า 1 ช้อนชาทุกครั้ง
- 3) ปรับแก้ไขการออกกำลังกายแต่ละครั้งเป็นใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที

หลังจากการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้ตรงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ด้วยการพิจารณาความคิดเห็นสอดสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง แล้วนำเครื่องมือมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา สำหรับเกณฑ์การยอมรับค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit and Beck, 2004) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและให้เลือก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค โรคประจำตัวอื่นๆ ข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับค่าระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Rosenstock (1974) และ JNC 7 (2003) ร่วมกับการทบทวนและดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ วิทยารรณ จรรย์ศุภรินทร์ (2544) เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด จำนวน 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.73 ผู้วิจัยทบทวนและดัดแปลงข้อคำถาม แล้วนำมาประเมินความถูกต้องทั้งประเภท ความถี่ จำนวนครั้งของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ และความหมายของข้อคำถาม ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นมากกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น 1 – 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความด้านบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ = 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน

ข้อความด้านลบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ = 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย = 3 คะแนน การแปลผล พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยใช้อิงเกณฑ์ ซึ่งประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการศึกษาของ Bloom (1971 อ้างอิงใน วิทยารรณ จรรย์ศุภรินทร์ , 2544) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ

ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 24 – 30 คะแนน

ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 คือ ตั้งแต่ 18 – 23 คะแนน

ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 – 17 คะแนน

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ

ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 9.6 – 12 คะแนน

ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 คือ ตั้งแต่ 7.2 – 9.5 คะแนน

ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 – 7.1 คะแนน

เกณฑ์ระดับคะแนนพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ

ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือ ตั้งแต่ 14.4 – 18 คะแนน

ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 คือ ตั้งแต่ 10.8 – 14.3 คะแนน

ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 คือ ตั้งแต่ 0 – 10.7 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ส่วน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเครื่องมือ จำนวนทั้ง 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1.1 อายุรแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 คน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2 คน

1.3 พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 2 คน

ภายหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีการปรับแก้ข้อความหรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม ซึ่งจำนวนข้อมีความเหมาะสมและสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย มีความชัดเจนของข้อความและความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบให้เกิดความเหมาะสมอีกครั้ง แล้วจึงนำเครื่องมือมาใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับความชัดเจนของข้อความและปรับความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยปรับข้อความจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – ข้อ 20 ให้มีความเหมาะสม และชัดเจน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.85

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลอง

ใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางจัก อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 เมื่อแยกพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79, 0.72 และ 0.77 ตามลำดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร ตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) และพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำมาวิเคราะห์และเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2) สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของโปรแกรม เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินการ การประเมินผล และให้มีความครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด

3) ออกแบบโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วย แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง วิธีทัศน์ประกอบการสอนเรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” โปสเตอร์ประกอบการบรรยายเรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และ “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ” คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ PowerPoint slide ดังนี้

3.1 แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสม มีการกำหนดเนื้อหาและเตรียมแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมระยะเวลา

8 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมรายกลุ่มที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้ คำแนะนำ การสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้เวลาประมาณครั้งละ 1-2 ชั่วโมง (ในสัปดาห์ที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 8) และรายบุคคลเป็นการติดตามเยี่ยมบ้าน ใช้เวลาประมาณครั้งละ 30 นาที (ในสัปดาห์ที่ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived susceptibilityและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived severity) (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที) ได้แก่ กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ สอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งให้ผู้สูงอายุบอกถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และให้บอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จักของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” จำนวน 6 ตอนๆละ 3-5 นาที และสื่อโปสเตอร์ รวมทั้งการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ เพื่อเพิ่มการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงร่วมกันวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น ชักถามปัญหาหรือข้อสงสัยเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที) ได้แก่ กิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ละท่านบอกเล่าประสบการณ์ตนเองและชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พร้อมทั้งการหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) (สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 120 นาที) ได้แก่ การให้ความรู้ ร่วมกับสาธิตและฝึกปฏิบัติ มีการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพเน้นอาหารภูมิปัญญาในท้องถิ่นร่วมกับวิเคราะห์อาหารจากแผนภาพตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยตัวแบบจริงผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดี ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) (สัปดาห์ที่ 4-7 ใช้เวลา 30 นาที) ได้แก่ กิจกรรมการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและญาติ เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลงบันทึกในแบบบันทึกเรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” ของผู้ป่วย มีการเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการร่วมมือปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 30 นาที) ได้แก่ กิจกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตการให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับสรุปปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข พร้อมกับมอบรางวัลกับผู้สูงอายุที่มีคะแนนสูงสุดในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและชมเชย ให้กำลังใจกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

3.2 วิธีทัศน์ประกอบการสอนเรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” ซึ่งจัดทำโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 ตอน ตอนละประมาณ 3 – 5 นาที โดยมีเนื้อหา ดังนี้

- ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต”
- ตอนที่ 2 เรื่อง “การกินที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต ”
- ตอนที่ 3 เรื่อง “เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต”
- ตอนที่ 4 เรื่อง “ตอนสัญญาณเตือนภัย”
- ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ”
- ตอนที่ 6 เรื่อง “เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว”

3.3 สื่อโปสเตอร์ประกอบการบรรยาย เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และเรื่อง “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ” จัดทำโดย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.4 คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ PowerPoint slide โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารตำราที่เกี่ยวข้อง

3.5 แบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงลงบันทึก เมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการภาวะแทรกซ้อนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยให้ใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1-7 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการกำกับ การทดลองและติดตามผลการประเมินผล

3.6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997) และดัดแปลงแบบสอบถามของ ประณีต สิงห์ทอง (2541) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุจากโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74 โดยผู้วิจัยนำมาสร้างข้อคำถามเพื่อใช้กำกับว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบ 3 ตัวลือก ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความด้านบวก คือตอบ ใช่ = 3 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน ไม่ใช่ = 1 คะแนน

ข้อความด้านลบ คือตอบ ใช่ = 1 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน ไม่ใช่ = 3 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ตามหลักการแบ่งอันตรายภาคขึ้นโดยการนำเอาค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการวัดผล(พิชิต ฤทธิจรูญ, 2545) ดังนี้ คะแนนอยู่ในช่วง 29 - 36 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง

คะแนนอยู่ในช่วง 21 - 28 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนอยู่ในช่วง < 21 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทั้ง 4 ส่วน เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเครื่องมือจำนวนทั้ง 5 คน (รายชื่อดังแสดงในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

- | | |
|--|------|
| 1.1 อายุรแพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง | 1 คน |
| 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง | 2 คน |
| 1.3 พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง | 2 คน |

ภายหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ควรจัดทำเป็นตารางสรุปเพื่อให้ผู้อ่านสังเกตเห็นและเข้าใจได้ง่ายขึ้นโดยระบุผู้จัดกิจกรรมไว้ด้วย เพิ่มเติมเกณฑ์การประเมินผลของแต่ละกิจกรรมควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

2) วิธีทัศน์ประกอบการสอนเรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” ไม่มีการปรับแก้ข้อความ รูปแบบ หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม

3) สื่อโปสเตอร์ประกอบการบรรยาย เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และเรื่อง “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ” ไม่มีการปรับแก้หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม

4) คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ PowerPoint slide แนะนำให้ปรับตัวหนังสือที่ใช้ในคู่มือให้ใหญ่กว่าเดิม เพื่อให้อ่านได้ง่ายและปรับสีให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน ในส่วนของ PowerPoint slide ปริมาณมากไปควรตัดออกและปรับเนื้อหาให้กระชับ เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

5) แบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” ควรแสดงตัวอย่างในการทำแบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนความจำผู้สูงอายุ เข้าใจได้ง่ายขึ้น และปรับถ้อยคำซ้ำซ้อน คำสร้อยบางคำออกไปรวมทั้งต้องระวังการเล่นแสงเงาของแบบอักษร เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ง่ายและมองเห็นได้อย่างชัดเจน

6) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับความชัดเจนของข้อความและปรับความถูกต้องของภาษาที่ใช้ โดยปรับข้อความคำถามเป็นการเพิ่มคำว่า “ท่านเชื่อว่าท่านสามารถ” จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1- ข้อ 12 ให้มีความเหมาะสม และชัดเจน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.83

หลังจากนั้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมาแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

การทดลองใช้

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางจัก อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมการดำเนินงานตามโปรแกรมอีกครั้ง

ผลการทดลองใช้

พบว่ากิจกรรมการดำเนินงานตามโปรแกรมมีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถเข้าใจภาษาที่ใช้ในการโปรแกรมได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีความน่าสนใจของกิจกรรมที่ทำมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ในโปรแกรม

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบางจัก อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยแบ่งกระบวนการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถด้านพฤติกรรมกรป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกิจกรรมตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997)

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการวิจัยที่ 163.1/59 ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2559 (ดังแสดงในภาคผนวก ข) และทำหนังสือเสนอต่อสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีลและตำบลหลักแก้ว ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีลและตำบลหลักแก้ว เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน มีคุณสมบัติคือเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 2 ปี โดยผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง และมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดบทบาทหน้าที่ในขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ

1.4 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีลและตำบลหลักแก้ว ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และตำบลหลักแก้ว เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารพื้นที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยประสานงานกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข และประธานชมรมผู้สูงอายุ จึงเข้าดำเนินการเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ตำบล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำการประเมินและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1.5.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของ Collin et al. (1988) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2544) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งเป็นแบบที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.5.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และแบบสอบถามการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการทดสอบก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

1.6 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรเกินให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Quenouille, 2014) ในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รวมทั้งสิ้น 50 คน ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

1.7. ผู้วิจัยสอบถามความเข้าใจและความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดี ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างว่าตำบลใดอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยแบบวิธีการจับฉลาก ผลการจับหมายเลข 1 เป็นกลุ่มทดลองคือชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และหมายเลข 2 เป็นกลุ่มควบคุมคือชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว

1.8 เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่าง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) และ Post-test) ส่วนกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินกลุ่มตัวอย่าง (Pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยการดำเนินกิจกรรมจัดขึ้นที่ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินผลกิจกรรม (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8

1.9 ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองโดยจัดกิจกรรมตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997) ที่ได้วางแผนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม (ตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การซักถามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือ และยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและให้บัตรนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 2-7 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ

สัปดาห์ที่ 8 (วันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2560) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) ใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยแจกคู่มือเรื่องความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันการภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบบันทึก

พฤติกรรมเรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกส่วน ก่อนนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง (ตั้งแต่วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง) ดังนี้

เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมดในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มี 6 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived susceptibility และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived severity)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ กระชับมิตรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตกับความเชื่อเดิม

เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยผู้วิจัยทำความรู้จัก แนะนำตนเองกับผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง พร้อมกับทำป้ายชื่อติดไว้ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

2. ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการเจ็บป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด รวมทั้งการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านร่วมแสดงความคิดเห็นและออกมาเขียนความเชื่อเดิมที่ตนเองมีบนกระดานบอร์ด หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านทดลองประเมินความเชื่อที่เกิดจากแสดงความคิดเห็นของคนในกลุ่มว่าถูกหรือผิดลงกระดาษของตนเอง และผู้วิจัยจะทำการเฉลยความเชื่อเหล่านั้นหลังจากจบกิจกรรมที่ 2

3. ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหาหรือสงสัยต่างๆ และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 สูงวัยรับรู้ เข้าใจ พิษภัยร้ายของอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง

เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุโดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อประเมินความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านบอกถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และให้บอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จักของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ร่วมกับการนำเสนอสื่อตัวแบบสัญลักษณ์จากวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” ซึ่งจัดทำโดย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเนื้อหาที่เน้นย้ำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ตอน ใช้เวลาตอนละ 3-5 นาที ดังนี้

ตอนที่ 1 เรื่อง “ต้นเหตุของอัมพฤกษ์ อัมพาต” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม

ตอนที่ 2 เรื่อง “การกินที่เสี่ยงต่ออัมพฤกษ์ อัมพาต” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่โอกาสเสี่ยงในการเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็มจัด การเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็มในอาหาร อาหารที่มีไขมันสูงและรสหวานจัด

ตอนที่ 3 เรื่อง “เกราะป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม โดยนำเสนอพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อีกทั้งผู้วิจัยได้เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญโดยนำเสนอสื่อโปสเตอร์เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และเรื่อง “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ” ซึ่งจัดทำโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 4 เรื่อง “ตอนสัญญาณเตือนภัย” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 5 เรื่อง “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารรสจืด หลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสที่มีรสเค็ม เน้นการรับประทานผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือรสหวานจัด

ตอนที่ 6 เรื่อง “เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตซะแล้ว” เนื้อหาวีดิทัศน์มีเรื่องราวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดให้มีความเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

3. ผู้วิจัยนำเสนอการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ปัจจุบันยังคงมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ โดยแนะนำ

ประวัติโดยสังเขป และเปิดโอกาสให้ตัวแบบผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง

4. ผู้วิจัยชี้และสรุปประเด็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในช่วงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการเสนอสื่อจากวีดิทัศน์และตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นโดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุฝึกการคิดวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองและตระหนักเห็นถึงความสำคัญจากสิ่งที่ได้เรียนรู้จนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

5. ผู้วิจัยเฉลยการประเมินความเชื่อที่เกิดจากการแสดงความคิดของผู้สูงอายุจากกิจกรรมที่ 1 และอธิบายเพิ่มเติมความรู้ที่ถูกต้อง พร้อมกับมอบรางวัลให้กับผู้ที่ตอบได้ถูกต้องมากที่สุด

6. ผู้วิจัยแจกคู่มือและชี้แจงรายละเอียดการลงบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้สูงอายุนำกลับไปทดลองบันทึกด้วยตนเองที่บ้านและนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 (วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2559)

กิจกรรมที่ 3 ประโยชน์ที่ฉันได้รับ กับอุปสรรคที่ฉันมี

เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อประเมินความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับประโยชน์ที่ท่านได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำของบุคคลากรด้านสาธารณสุขและอุปสรรคที่เป็นปัญหาทำให้ท่านไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม มีอะไรบ้าง

2. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมโดยการให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ละท่านบอกเล่าประสบการณ์ตนเองและชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการบอกเล่าประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้าน พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น ตรวจเลือด ตรวจตา ตรวจปัสสาวะและคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

4. การให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแจ้งเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคิดคะแนน และการมอบรางวัล และนำกลับไปบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน โดยนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 (วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2559)

กิจกรรมที่ 4 ฉันทักทำได้นะ

เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 120 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 8-9 คน จัดกิจกรรมออกเป็น 3 ฐาน ดังนี้

1.1 ด้านการรับประทานอาหารเช้า คือ ฐานที่ 1 เรื่อง “เมนูสูงวัย ห่างไกลภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” กิจกรรมมีดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหารเช้า การเลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ และแนะนำตัวอย่างการรับประทานอาหารเช้าตามแนวทาง DASH สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

1.1.2 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุช่วยกันคิดวิเคราะห์โดยมีแผนภาพตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยงและให้ผู้สูงอายุแบ่งแยกประเภทอาหารให้ถูกต้อง

1.1.3 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุนำเสนอเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ โดยยกตัวอย่างอาหารที่เน้นอาหารการใช้อยู่มีปัญญาในท้องถิ่นที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

1.2 ด้านการออกกำลังกาย คือ ฐานที่ 2 เรื่อง “สูงวัยขยับกาย แข็งแรง”

1.2.1 ผู้วิจัยกล่าวนำในเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้ตัวแทนผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีสุขภาพดีมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อสุขภาพ ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเองที่บ้าน

1.3 ด้านการจัดการความเครียด คือ ฐานที่ 3 เรื่อง “จิตใจแจ่มใส ดอกไม้สวยงาม”

1.3.1 ผู้วิจัยกล่าวนำในเรื่องการจัดการความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ให้คำแนะนำ สาธิต และฝึกทักษะวิธีการฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียดด้วยตนเองโดยการทำดอกไม้ประดิษฐ์จากถุงน่องสีสันสดใส และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการเลือกรูปแบบการจัดการความเครียดที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

2. ผู้วิจัยสรุปผลการทำกิจกรรม ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนในการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

3. ทำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการทำแบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และนำกลับไปบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน และนำมาสรุปผลในสัปดาห์ที่ 8

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

สัปดาห์ที่ 4-7 ครั้งที่ 4-7 (วันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2560)

กิจกรรมที่ 5 ใกล้เคียงใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ

เป็นกิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและญาติ ประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย จากการพูดคุยซักถามถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข พร้อมทั้งชี้แนะให้ความรู้ คำปรึกษาหรือการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันการพูดคุยชมเชยให้กำลังใจเปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและตัดสินใจในการร่วมมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 8 (วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560)

กิจกรรมที่ 6 รวมพลังผู้สูงวัย รู้รักใส่ใจสุขภาพ

เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้

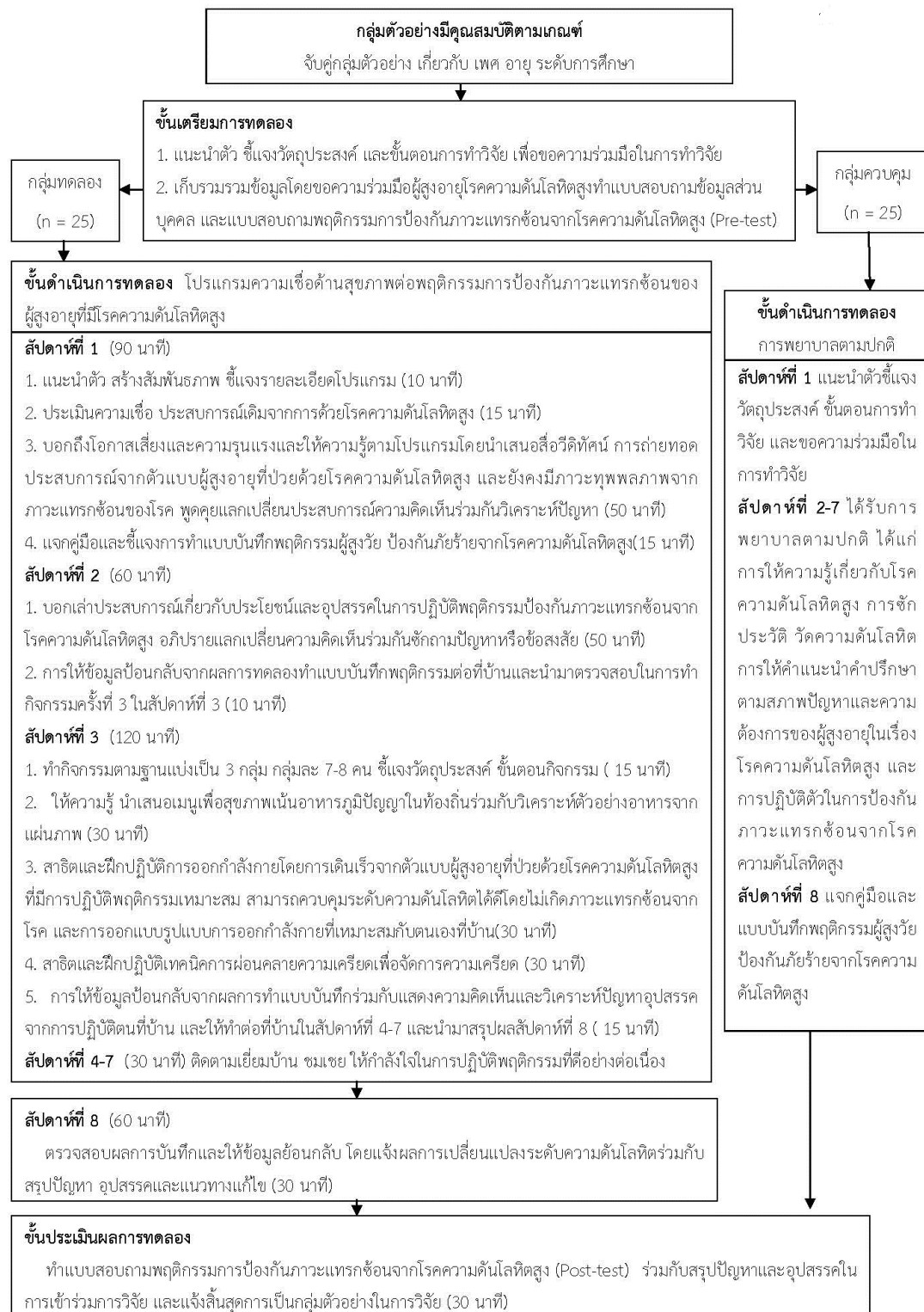
1. ผู้วิจัยทำการตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจสอบผลการลงบันทึกผลตรวจในแบบบันทึกพฤติกรรมตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง”

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” และแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต พร้อมทั้งระดับความดันโลหิตเป้าหมายคือ ควรไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

3. ผู้วิจัยสรุปคะแนนที่ได้และมอบรางวัลสำหรับผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งกล่าวคำชมเชย และให้กำลังใจผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และเน้นย้ำถึงผลดีของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

ขั้นที่ 3 **ขั้นประเมินผลการทดลอง** ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเพื่อสรุปหาแนวทางแก้ไข และผู้วิจัยซักถามผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หากต้องการให้มีความยั่งยืนควรมีการปฏิบัติตนอย่างไร พร้อมทั้งเน้นย้ำถึงการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป และขอความร่วมมือผู้สูงอายุทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยพร้อมกล่าวแสดงความขอบคุณผู้มีส่วนร่วมการวิจัยทุกท่าน





ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent – comparison group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันตามกำหนด ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดัน โลหิตสูง	N	\bar{X}	SD	ระดับ พฤติกรรม	df	t	p- value
ด้านการรับประทานอาหาร							
ก่อนการทดลอง	25	20.00	2.160	ปานกลาง	24	10.68	.000
หลังการทดลอง	25	25.68	1.249	ดี			
ด้านการออกกำลังกาย							
ก่อนการทดลอง	25	8.48	1.085	ปานกลาง	24	11.85	.000
หลังการทดลอง	25	11.12	0.726	ดี			
ด้านการจัดการ ความเครียด							
ก่อนการทดลอง	25	12.96	1.399	ปานกลาง	24	8.98	.000
หลังการทดลอง	25	16.36	1.221	ดี			
โดยรวม							
ก่อนการทดลอง	25	41.44	2.63	ปานกลาง	24	19.22	.000
หลังการทดลอง	25	53.16	1.67	ดี			

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง เท่ากับ 41.44 และ 53.16 ตามลำดับ โดยก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี และพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากทดลองโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

พฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดัน โลหิตสูง	N	\bar{X}	SD	ระดับ พฤติกรรม	df	t	p-value
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	25	53.16	1.67	ดี	48	21.51	.000
กลุ่มควบคุม	25	37.08	3.34	ปานกลาง			

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 53.16 และ 37.08 โดยหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ที่ว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) แบบเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน (Nonequivalent – comparison group design)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการประเมินจากแบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากการเปิดตารางอำนาจทดสอบของ Burn & Grove (2009) กำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญ.05 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน ผู้วิจัยพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในการศึกษา (drop out) โดยการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมด 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ตำบล ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยวิธีการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านของ เพศ อายุ และระดับการศึกษา หลังจากนั้นสอบถามความเข้าใจและความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 ตำบล เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) แบบวิธีจับฉลาก ได้ข้อสรุปคือชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล เป็นกลุ่มทดลอง และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

- 1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002)
- 1.2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
- 1.3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์

หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย ส่วน ดังนี้

โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) ประกอบด้วย

3.1 แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

3.2 วีดิทัศน์ประกอบการสอนเรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต”

3.3 สื่อโปสเตอร์ประกอบการบรรยาย เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และเรื่อง “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ”

3.4 คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ PowerPoint slide

3.5 แบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง”

3.6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.83 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2559 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2560 ที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล และชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ และระดับการศึกษา รวมทั้งสิ้น 50 คน หลังจากนั้นจับฉลากเพื่อจัดกลุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อธิบายรายละเอียด แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ และให้บัตรนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 8

สัปดาห์ที่ 2-7 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากหน่วยงานบริการปฐมภูมิ

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) แจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2 กลุ่มทดลอง

เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมดในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มี 6 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived susceptibility และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค(Perceived severity)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ กระทบมิตรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตกับความเชื่อเดิม

1. การสร้างสัมพันธภาพ และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดต่างๆในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
2. ผู้วิจัยสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร่วมแสดงความคิดเห็นและประเมินความเชื่อของตนเอง และผู้วิจัยจะทำการเฉลยความเชื่อหลังจากจบกิจกรรมที่ 2

กิจกรรมที่ 2 สูงวัยรับรู้ เข้าใจ พิษภัยร้ายของอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง

เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้สูงอายุแต่ละท่านบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และให้บอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จัก
2. การให้ความรู้ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และตัวแบบบุคคลที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ปัจจุบันยังคงมีภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็น และวิเคราะห์พฤติกรรมของตนเองจากสิ่งที่ได้เรียนรู้
3. ผู้วิจัยเฉลยการประเมินความเชื่อและอธิบายเพิ่มเติมความรู้ที่ถูกต้อง พร้อมกับมอบรางวัล แจกคู่มือและชี้แจงรายละเอียดการลงบันทึกพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน และนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 3 ประโยชน์ที่ฉันได้รับ กับอุปสรรคที่ฉันมี

1. ผู้สูงอายุบอกเล่าประสบการณ์ตนเองเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในแต่ละด้าน พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่
2. การให้ข้อมูลป้อนกลับจากผลการทดลองทำแบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแจ้งเพิ่มเติมเกี่ยวกับการคิดคะแนน และการมอบรางวัล และนำกลับไปบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน โดยนำมาตรวจสอบความถูกต้องในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 4 ฉันก็ทำได้

1. การให้ความรู้ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การยกตัวอย่างเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เน้นอาหารการใช้ภูมิปัญญาในท้องถิ่นที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คิดวิเคราะห์แผนภาพตัวอย่างอาหาร สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อสุขภาพ ร่วมกับการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเองที่บ้าน สาธิตและฝึกทักษะวิธีการฝึกปฏิบัติการจัดการความเครียดด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยสรุปผลการทำกิจกรรม ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนในการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

3. สรุปผลการทำกิจกรรม ให้กำลังใจ และทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และการให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการทำแบบ บันทึกพฤติกรรม และนำกลับไปบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน และนำมาสรุปผลในสัปดาห์ที่ 8

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

สัปดาห์ที่ 4-7 ครั้งที่ 4-7

กิจกรรมที่ 5 ใกล้เคียงใกล้ใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ

1. ผู้วิจัยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ พูดคุยซักถาม ถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข พร้อมทั้งชี้แนะให้ความรู้ คำปรึกษาหรือการ แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันการพูดชมเชยให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 8

กิจกรรมที่ 6 รวมพลังผู้สูงวัย รู้รักใส่ใจสุขภาพ

1. ผู้วิจัยทำการตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจสอบและให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลการบันทึก พฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” และแจ้งผลการเปลี่ยนแปลงของระดับ ความดันโลหิต

2. ผู้วิจัยสรุปคะแนนที่ได้และมอบรางวัล ชมเชย และให้กำลังใจ ผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการมี พฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคเพื่อสรุปหาแนวทางแก้ไข และผู้วิจัยซักถามผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และขอความร่วมมือผู้สูงอายุทำแบบสอบถามการ รับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Post-test) พร้อมแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test กำหนดระดับ ความมีนัยสำคัญที่ .05

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีวก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด พบว่าพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ในทั้ง 3 ด้าน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีวก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ทั้งนี้เนื่องจากผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock

(1997) ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในการลดอันตรายหรือความรุนแรงอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคของบุคคล สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาโมเดลหลักเพื่อทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือไม่นั้นขึ้นกับปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยบุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้พิการ เสียชีวิต เกิดความเจ็บปวดหรือกระทบต่อครอบครัว ส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนและการรับรู้ที่ตนเองสามารถปฏิบัติตัวได้มีมากกว่าอุปสรรคก็จะเป็นแรงผลักดันที่มีอิทธิพลให้บุคคลมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้เมื่อบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นต่อกระบวนการปฏิบัติและการตัดสินใจ เช่น การรับรู้สภาวะร่างกายความเจ็บป่วยหรืออาการของโรค การได้รับความรู้ คำแนะนำ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติหรือผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้น สามารถประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย จากการพูดคุยซักถามถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นและวิธีการแก้ไข การพูดคุยชมเชยให้กำลังใจเปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติร่วมแสดงความคิดเห็น รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆและการมอบของรางวัลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่นำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรงจากการที่อวัยวะที่สำคัญของร่างกายถูกทำลาย (Target organ damage) ได้แก่ สมอง หัวใจ ไต ตา (JNC VII, 2003) และทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น หากผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1997) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ได้ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997) เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม สามารถลดอันตรายและความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยมีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมดในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มี 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) เป็นความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการดำรงชีวิตของเขา หากเขาไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมตามคำแนะนำ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ คือ สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดโปรแกรม สอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการเจ็บป่วยในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด รวมทั้งการดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านร่วมแสดงความคิดเห็นและทดลองประเมินความเชื่อของตนเองพร้อมเฉลย รวมทั้งให้ผู้สูงอายุบอกถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ และให้บอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดที่รู้จักของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “ใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต” สื่อโปสเตอร์ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด มีการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนของโรค เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบ เพื่อเพิ่มการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงร่วมกันวิเคราะห์ แสดงความคิดเห็น รวมทั้งแจกคู่มือและอธิบายรายละเอียดของคู่มือและการลงบันทึกในแบบบันทึกเรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง” และให้ผู้สูงอายุนำกลับไปทดลองบันทึกด้วยตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) โดยการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงว่าการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำแล้วจะเกิดผลดีต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของ

ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับอุปสรรคหรือสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การสูญเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก หรือการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นขัดกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ คือ การให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงแต่ละท่านบอกเล่าประสบการณ์ของตนเองและชี้ประเด็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด พร้อมกับการหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ พุดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อกระตุ้นเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจในความสามารถของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดได้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้คือ การให้ความรู้ ร่วมกับสาธิตและฝึกปฏิบัติ มีการให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพเน้นอาหารภูมิปัญญาในท้องถิ่นร่วมกับวิเคราะห์อาหารจากแผ่นภาพตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยง สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นสิ่งที่มีกระตุ้น อารมณ์ความรู้สึกให้เกิดขึ้นในตัวของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสม โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ คือ มีการสร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พุดคุยซักถามประเมินอุปสรรค ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านและหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสม ชมเชยให้กำลังใจเปิดโอกาสผู้ป่วยและญาติร่วมแสดงความคิดเห็น พร้อมทั้งชี้แนะให้ความรู้ คำปรึกษาหรือการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม มอบรางวัลและชมเชยให้กำลังใจ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความมั่นใจทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา สร้างเครื่องมือในการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997) เป็นแนวทางในการสร้างคู่มือการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดัน

โลหิตสูงที่ดีเหมาะสมขึ้น ซึ่งผลของการวิจัยพบว่า การจัดกิจกรรมโปรแกรมตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997) สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพและภายหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพเสร็จสิ้น โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังแสดงในตารางที่ 6) แสดงว่าโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่จัดทำขึ้น มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สูงขึ้น จากก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระดับปานกลาง และภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นนี้ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เกิดการปรับเปลี่ยน ความเชื่อ ทศนคติเดิมที่มีเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดีกว่าของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Strecher & Rosenstock (1997)

ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เน้นการรับรู้และส่งเสริมเพิ่มแรงกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติที่มีอยู่เดิมเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว โดยการอาศัย กระบวนการตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของStrecher & Rosenstock (1997) ในการให้ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงได้เกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค สามารถประเมินพฤติกรรมของตนเองว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยระดับใด รวมถึงรับรู้ความ รุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคของตนเองโดยบุคคลสามารถประเมินอาการของ ภาวะแทรกซ้อนและความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงและอันตรายของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาหรือมี ผลกระทบต่อจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว การทำงานและบทบาททางสังคม (Becker, 1974) ซึ่ง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวแล้วกำหนดให้เกิดพฤติกรรมใน การปฏิบัติเพื่อเผชิญภาวะความเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น ในส่วนเรื่องการรับรู้ ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำและการรับรู้อุปสรรคคอยขัดขวางในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เหมาะสม โดยบุคคลจะได้รับการสังเกตร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ ตรงของตนเองและตัวแบบบุคคล โดยบุคคลจะมีการเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมและเลือก ปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย(Rosenstock, 1974) ซึ่งมีส่วนในการสร้างแรงจูงใจที่ สำคัญทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าดีมีประโยชน์อย่างต่อเนื่อง และ เกิดผลดีในการสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือช่วยลดภาวะคุกคามของการเกิดโรค ใน การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นนั้นบุคคลจะต้องรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่และดึงเอา ความสามารถที่ตนเองมีอยู่ออกมากำหนดผลสำเร็จตามมาตรฐานที่ตนเองได้ตั้งไว้ ซึ่งการรับรู้ ความสามารถของตนเป็นแรงจูงใจและตัวกระตุ้นสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล ร่วมกับบุคคลนั้นได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการชักนำสู่การปฏิบัติและตัดสินใจ คือการให้ ความรู้คำแนะนำ การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้ประเมินมองเห็น ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน การให้บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสารโดยผ่านทางสื่อต่างๆ รวมถึงการมอบของรางวัล และการกระตุ้นเตือนสามารถทำให้บุคคลมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อทัศนคติเดิมที่มีอยู่ในตัวของบุคคล จนเกิดแรงผลักดันและตระหนักถึงการที่ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ การวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Katz (2009) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงของโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอก พบว่ามีประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหาร เลิกบุหรี่ การกระตุ้นกิจกรรมทางกาย และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีขึ้น ลดอันตรายและความรุนแรงของโรคลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพงษ์ จริยธนกุล (2554) โดยศึกษาการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 มิลลิเมตรปรอท - 139 / 89 มิลลิเมตรปรอทไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคจากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค รวมถึงการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ สุพัตรา เบญจฉัญญลักษณ์ และนริศรา คลื่นแก้ว (2550) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพโดยการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียด มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีรูปแบบการกิจกรรมที่พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีที่ปฏิบัติเป็นประจำของสถานบริการ ได้แก่ การซักถามอาการ ประวัติการเจ็บป่วย การวัดความดันโลหิต การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษา ตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ มีการให้ความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ โดยไม่ได้มีการฝึกปฏิบัติกิจกรรมทดสอบความสามารถของตนเองและการเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมรวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองและตัวแบบบุคคลที่มีสภาวะโรคเดียวกัน จึงทำให้เกิดความแตกต่างมองเห็นพฤติกรรมที่เป็นข้อดีข้อเสียของบุคคลต่อการนำไปเป็นแบบอย่างในการสร้างแรงผลักดันมากขึ้น อารมณ์ความรู้สึกให้เกิดขึ้นในตัวของผู้สูงอายุให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมถึงการรับรู้ถึงสิ่งที่สำคัญในการ

ที่บุคคลควรจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ที่จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงอาจไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด จึงทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสมในทั้ง 3 ด้าน ทำให้คะแนนหลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ไปใช้ในการพัฒนาบทบาทของตนเองในการเป็นผู้ปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ อาจเริ่มต้นจากชุมชนเล็กๆ และขยายผลต่อไปยังชุมชนอื่นๆ ได้

1.2 พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรเพิ่มเติมการทากิจกรรมมาให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติทำ การเรียนรู้จากตัวแบบ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ มองเห็นภาพได้ชัดเจน มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป และสามารถเพิ่มเติมเรื่องการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องโดยการพัฒนารูปแบบการติดตามประเมินผล เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแบบใกล้บ้านใกล้ใจ เพื่อสร้างแรงกระตุ้นจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

2.1 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว อันส่งผลต่อการลดความรุนแรงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ ทั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องศึกษารายละเอียดของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลในการดำเนินการ จัดสรรอัตรากำลัง และกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสม รวมถึงการอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรในพื้นที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2 การจัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงนั้น ควรเน้นให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติเดิมๆที่ได้จากประสบการณ์ของตนเอง และผู้อื่นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจนส่งผลต่อพฤติกรรม โดยควรเน้นการส่งเสริมแรงกระตุ้นทางใจจากตัวแบบบุคคล การให้ความรู้ร่วมกับการสอดแทรกกิจกรรมต่างๆในการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เกิดการรับรู้ มีความสนใจ ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นมีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปใช้ ควรมีการใช้กลวิธีรูปแบบใหม่ที่มีความแปลกใหม่ น่าสนใจ และปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตตามบริบทชุมชนในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมต่อเนื่องในระยะยาวตามความเหมาะสม เช่น ติดตามอีก 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงและติดตามความดำรงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2557). คู่มือองค์ความรู้เรื่องโรคในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. จัดทำโดยโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี.
- กรรณิกา เรือนจันทร์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเลขา. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2550). โรคความดันโลหิตสูง. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ ๔* (หน้า 176-199). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา รณฤทธิชัย. (2552). พยาธิสภาพของการไหลเวียนเลือด. ใน ลีวรรณ อุณนารักษ์, จันทนา รณฤทธิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, วินัส ลิ้นหกุล, และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร (บรรณาธิการ), *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล* (หน้า 394-401). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2543). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถาม และการตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2538). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จิรวรรณ ชัยวิศิษฐ์. (2547). แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรพงษ์ จริยธนกกุล. (2554). ผลโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชลการ ชายกุล. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธ์. (2545). การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย
กลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

ดวงเดือน เทียงสันเทียะ. (2544). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อ
ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ
โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุข
ศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดลนภา สร้างไธสง. (2549). ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ:
การศึกษาเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง
กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประณีต สิงห์ทอง. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรม
ป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัด
สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขา
วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ:
ยูเนียนครีเอชั่น.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). หลักสูตรศึกษาในงานอนามัยครอบครัว เอกสารประกอบการอภิปราย
ในการสัมมนาการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ งานวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก
วันที่ 9 มิถุนายน 2536. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล.

ประณีต สิงห์ทอง. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อพัฒนาพฤติกรรม
ป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัด
สุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปาริชาติ กาญจนพิงคะ. (2550). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อ

พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พนิดา กุลประสูติติก. (2543). อาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.

พิมพ์พร คงชุม. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

เพลินพิศ สายวิชัย. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

พีระ บุรณะกิจเจริญ. (2553). คู่มือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.

เพ็ญศรี เกิดนาค. (2537). สีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง : กรณีศึกษาจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พร้อมจิต จงสู่วิวัฒน์วงศ์. (2539). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพเราะ ผ่องโชค. (2547). การพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุดทอง จำกัด.

ยุภาพร นาคกลิ้ง. (2555). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา เรือนอินทร์. (2550). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลลี่ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- รัตน์ตนา อัญญ. (2545). *ความเข้มแข็งอดทน และความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนา ทีฆพุมิ. (2550). *อุปสรรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในโรงพยาบาลเทศบาลนครเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัลลยา ทองน้อย. (2554). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา มากผาสุก. (2551). *ผลของโปรแกรมการจูงใจเพื่อป้องกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ครุฑเมือง. (2547). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์ (2544). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิดสิน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชชุดา เจริญกิจการ. (2543). *การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลทิพย์ แก้วถา. (2546). *ผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับการใช้ไบโอฟีดแบคต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศศิธรณ์ นนทะโมลี. (2551). ผลของการให้ความรู้อย่างเป็นระบบตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุและพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว: กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศศิธรณ์ อุตตะมะ. (2549). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อ้วนน้ำพริ้นติ้ง จำกัด.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิรินาถ คำใจหนัก. (2548). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชัยญา วงษ์เพ็ง. (2542). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดารัตน์ จาดจิ้น. (2555). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านอุมลองอำเภอกะถัน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุดารัตน์ ต้นสุภสวัสดิกุล, และ จรินทร์ อัครหาญฤทธิ์. (2548). ผู้สูงอายุและความดันโลหิตสูง. ในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (บรรณาธิการ), คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ (หน้า 124-137). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2544). หลักสำคัญและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2545). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพัตรา เบญจธัญญลักษณ์, และนริศรา คลื่นแก้ว. (2550). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน. *วารสารสุขภาพประชาชนภาคอีสาน*, 22 (4), 44-45.
- สุภาพ ไบแก้ว. (2528). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาวดี ตำนธำรงกุล. (2543). การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต. ใน *สาธิตา เมธนาวิน และ สุภาวดี ตำนธำรงกุล (บรรณาธิการ), คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ* (หน้า 53-96). กรุงเทพฯ: ไลดาวัลย์พรินติ้ง.
- สุภรณ์ สุขพรั่งพร้อม. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุนา สัมฤทธิ์วัฒนาชัย. (2548). *การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าข้าม อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การพัฒนาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- สุรีย์ คำพอง. (2549). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวิมล สันติเวส. (2544). *ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2554). *การพยาบาลชุมชน:การจัดการ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554). *ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2554* [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2558, สืบค้นจาก <http://old.ddc.moph.go.th/pakard/showimg4.php?id=573>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557). *รายงานประจำปี 2557*.

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2554). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554*.

กรุงเทพมหานคร: บริษัท พงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด.

สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). *การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมทรง รัชต์เฝ้า. (2540). *กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรณีการพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สมศักดิ์ ผดุงจิตร์. (2544). *ผลของการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนที่มีต่ออัตราการเต้นของหัวใจความดันโลหิตและน้ำหนักร่างกายในผู้หญิงสูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (พลศึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพิน เต็ดอุดมธรรม. (2550). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพินท์ สุขสกุล. (2554). *การประยุกต์ใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลตั้งใจ อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Acelajado, M. C., & Oparil, S. (2009). Hypertension in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25(3), 391-412.

ACSM, A. (2003). ACSM's Exercise management for persons with chronic diseases and disabilities: Human Kinetics.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. John Wiley & Sons, Inc.
- Becker, M. H. Maiman, & Lois M. 1974. "The health belief model : origins and correlation in psychological theory". *Health Education Monographs*. Vol. 2.No 4: 336-356.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5 th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Chang, Luna et al. (2003). Behavioral Change For Blood Pressure Control Among Urban And Rural Adults in Taiwan. *Dissertation Abstracts International*, 18(3), 219-228.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., et al. (2003). The seventh report of to Joint National Committee on prevention detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *The Journal of the American Medical Association*, 289(19), 2560-2572.
- Crump, S. L. (2010). *Hypertension risk perceptions, hypertension knowledge, and health value as predictors of health promotion behaviors in African-American university students*.
- 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 of hypertension*, 24(2), 215-233.
- Dongbo, F., Ding, Y., Patrick M. G. W., & Hua, F. (2006). Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*, 61, 389-396.
- Elliott, W. J., Bakris, G. L., & Black, H. R. (2004). Hypertension: Epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and treatment (11th ed.). In V. Fuster., R. W. Alexander, & R. A. O'rourke (Eds.), *Hurst's the heart* (pp. 1531-1565). The United States of America: McGraw-Hill.
- Geleijnse, J. M., Kok, F. J., & Grobbee, D. E. (2004). Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. *The European Journal of Public Health*, 14(3), 235-239.

- Janya Siriagekarat. (2000). *An application of self-efficacy theory and social support for blood pressure control and against complications of elderly patients with hypertension in Thamuang hospital, Kanchanaburi Province*. The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Health Education and Behavioral Sciences. Faculty of Graduate Studies. Mahidol.
- Joint National Committee VII. (2003). The 1988 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood pressure. *Arch Intern Med*, 148, 102.
- Krissana Kanjanapibul. (2001). *An application of the protection motivation theory to preventive behavior modification against complications of essential hypertension patients in Pramongkutklao Hospital*. The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Health Education and Behavioral Sciences. Faculty of Graduate Studies. Mahidol.
- Kaplan, N. M. (2006). *Kaplan's clinical hypertension* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Katz, D.A. (2009). Health beliefs toward cardiovascular risk reduction in patients admitted to chest pain observation units. *Acad Emerg Med*, 16(5), 379-87.
- Kotchen, T. A., & Kotchen, J. A. (1999). *Hypertension primer: The essentials of high blood pressure*. Dallas: American Heart Association.
- Lee, L. L., Arthur, A., & Avis, M. (2007). Evaluating a community-based walking intervention for hypertensive older people in Taiwan: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 44(2), 160-166.
- Lawson, B., Van Aarsen, K., Latter, C., Putnam, W., Natarajan, N., & Burge, F. (2011). Self-Reported Health Beliefs, Lifestyle and Health Behaviours in Community-Based Patients with Diabetes and Hypertension. *Canadian Journal of Diabetes*, 35(5), 490-496.
- McAlister, F. A., Campbell, N. R. C., Zarnke, K., Levine, M., & Graham, I. D. (2001). The management of hypertension in Canada: A review of current guidelines, their shortcomings and implications for the future. *Canadian Medical Association Journal*, 164(4), 517-522.)

- McEniery, M. C., Wallace, S., Mackenzie, S. I., McDonnell, B., Yasmin, B., Newby, E. D., et al. (2006). Endothelial function is associated with pulse pressure, pulse wave velocity and augmentation index in healthy humans [Electronic version]. *Hypertension*, *48*, 602-608.
- McManus, R. J., Caulfield, M., & Williams, B. (2012). NICE hypertension guideline 2011: evidence based evolution. *BMJ*, *344*.
- Monahan, K. D. (2007). Effect of aging on baroreflex function in humans. *The American Journal of Physiology-Regulatory-Integrative and Comparative Physiology*, *293*, R3-R12.
- Oliva, R. V., & Bakris, G. L. (2012). Management of hypertension in the elderly population. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *gls148*.
- Oparil, S., & Weber, M. A. (2000). *Hypertension: A companion to Brenner and Rector's the kidney*. Philadelphia: Saunders.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Potts, K. (2014). Hypertension in older people: assessment and management. *Nursing And Residential Care*, *16*(3), 146-149.
- Quenouille, M. H. (2014). *Introductory statistics*. Elsevier.
- Romano, V., & Scott, I. (2014). Using Health Belief Model to Reduce Obesity Amongst African American and Hispanic Populations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *159*, 707-711.
- Rosenstock, I. M. (1974). *The Health Belief Model and preventive health*. Health Educ Monographs.
- Rosenstock, I. M. (1990). Model of individual health behavior. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Pimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 33-62). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Seow, L. S. E., Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2015). Hypertension and its associated risks among Singapore elderly residential population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*.

- Smith, S. L., Quandt, S. A., Arcury, T. A., Wetmore, L. K., Bell, R. A., & Vitolins, M. Z. (2006). Aging and eating in the rural, southern United States: Beliefs about salt and its effect on health. *Social Science & Medicine*, *62*(1), 189-198.
- Strecher, V. J. & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. in Glanz, K., Lewis, F. M., & Rimer, B. K. (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Suruckana Khonghaphet. (2002). *The effectiveness of health education program on complication prevention of hypertensive patients attending Nakhonpathom Hospital*. The Degree of Master of Science (Public Health), Major in Health Education and Behavioral Sciences. Faculty of Graduate Studies. Mahidol.
- The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood pressure. (2003). The Joint National Committee 7 Report. *JAMA*. *289*: 2560-2572.
- Wang, A., An, N., Chen, G., Li, L., & Alterovitz, G. (2015). Predicting hypertension without measurement: A non-invasive, questionnaire-based approach. *Expert Systems with Applications*, *42*(21), 7601-7609.
- Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic strategies for managing hypertension. *American Family Physician*, *73*, 1953-1956.
- World Health Organization. (2010). *World health statistics 2010*. World Health Organization.
- World Health Organization/International Society of Hypertension Writing Group. (2003). World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension*, *21*, 983-992.



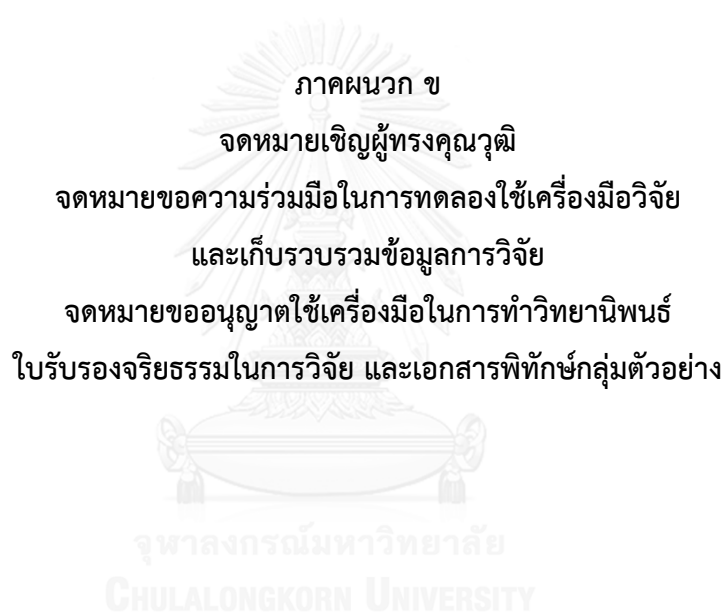
ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน
1. แพทย์หญิงปณิตดา เจนเจริญ	นายแพทย์ชำนาญการ สาขาอายุรศาสตร์ เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส	อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. ศกุนตลา อนุเรือง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางนันทน์ภัทร แสนสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยไตเทียมเฉลิม พระเกียรติ โรงพยาบาลอ่างทอง
5. นายสุรชัย สิ้นธวาชีวะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ



ที่ ศธ 0512.11/ 1909



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. แพทย์หญิง ปณิตดา เจนเจริญ | นายแพทย์ชำนาญการ สาขาอายุรศาสตร์ เชี่ยวชาญ
ด้านโรคความดันโลหิตสูง |
| 2. นายสุรชัย สีนธาวีชะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (APN) ฝ่ายการพยาบาล |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง ปณิตดา เจนเจริญ และนายสุรชัย สีนธาวีชะ
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม โทร. 08-1704-4741

ที่ ศธ 0512.11/1909



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๘ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส ตำแหน่ง อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นอาจารย์ในสังกัดของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 02-218-9806
นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม โทร. 08-1704-4741



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/1909

วันที่ ๕ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. ศกุนตลา อนุเรือง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม โทร. 08-1704-4741

ที่ ศธ 0512.11/ 1909



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๗ มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนันทน์ภัสร แสนสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางนันทน์ภัสร แสนสุข

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม โทร. 08-1704-4741

ที่ ศธ 0512.11/ 1961



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์ การประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ของ นางประณีต สิงห์ทอง สาขาวิชาเอกสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2541) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ประภาเพ็ญ สุวรรณ, รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ จันทร์โมลี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ พุ่มวีวี เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158
นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม โทร. 08-1704-4741

ที่ ศธ 0512.11/ 1967



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 มิถุนายน 2559

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์การมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับแรงสนับสนุนจากญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลเลิศสิน ของ นางสาววิภาวรรณ จรรย์ศุภรินทร์ สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2544) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. ชนินันท์ วโรทัย, รองศาสตราจารย์ ชาญชัย ชามะรัตน์ และรองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งโรจน์ พุ่มแก้ว เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม โทร. 08-1704-4741

ที่ ศร 0512.11/ 2700



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ กันยายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอวิเศษชัยชาญ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลอง ใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ในด้าน การรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 74 คน โดยใช้แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง, แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง, แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง, คู่มือความเชื่อและความจริง ที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และPowerPoint slide, แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และ แบบบันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่าง ยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเรียน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีล และตำบลหลักแก้ว
อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 02-218-1158

ข้อนี้ติดต่อ

นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม โทร. 08-1704-4741



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202
 ที่ จว ๙๙๗/2559 วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน 2559
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นี้สิด/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในกรณี กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 163.1/59 เรื่อง ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง (THE EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL PROGRAM ON HEALTH PREVENTIVE BEHAVIOR FOR COMPLICATIONS IN HYPERTENSION OLDER PERSONS) ของ นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

Dr. Nanthi Chaiyachongkarn

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจूरี่ 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 202/2559

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 163.1/59 : ผลของ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 16 พฤศจิกายน 2559

วันหมดอายุ : 15 พฤศจิกายน 2560

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- ผู้วิจัย
- แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 163.1/59
วันที่รับรอง 16 พ.ย. 2559
วันหมดอายุ 15 พ.ย. 2560

เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดริเริ่ม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ได้รับไว้ ณ โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเหตุร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ คือรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งมอบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีล หมู่ที่ 3 ตำบลไผ่จำศีล
อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง 14110
(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 39/2 หมู่ 7 ตำบลศาลาแดง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 14000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 035-631654 (มือถือ) 081-7044741

E-mail Address: tslove-27@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่
ท่านควรทำความเข้าใจรายละเอียดข้อมูลงานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้
ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

3. วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 เกณฑ์การคัดเลือก

4.1.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปี
ขึ้นไป

4.1.2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงจากการประเมิน โดยแบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน



เลขที่โครงการวิจัย 163.1/59

วันที่รับรอง 16 พ.ย. 2559

วันหมดอายุ 15 พ.ย. 2560

ข้อจกโรคความดันโลหิตสูง เกณฑ์ในการพิจารณา คือ หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อในแต่ละด้านครบทั้ง 3 ด้าน ถือว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจกโรคความดันโลหิตสูง

4.1.3 มีเกณฑ์ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่เกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอท

4.1.4 ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง ที่เป็นอันตรายหรืออุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

4.1.5 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ ผ่านเกณฑ์การประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น โดยผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีระดับ 12 คะแนนขึ้นไปคือ ไม่เป็นภาวะพึ่งพา

4.1.6 สามารถอ่านออกเขียนได้ พูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4.2 เกณฑ์การคัดออก

4.2.1 ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม โปรแกรมและไม่สามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมแม้เพียง 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลาการทดลองที่กำหนด

4.3 มีจำนวนทั้งหมด 50 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 25 คน

4.4 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการประเมินจากแบบคัดกรองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจกโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2 การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 2 ชมรม

4.5 เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วม โครงการวิจัย เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมการวิจัย และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และเกณฑ์การคัดออกทุกประการ

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

5.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้ 1. แบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1.1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ 1.2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ 1.3) แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจกโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ 2.2) แบบสอบถามคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนจกโรคความดันโลหิต



ที่โครงการวิจัย 163.1/59
วันที่รับรอง 16 พ.ย. 2559
วันหมดอายุ 15 พ.ย. 2560

สูงจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 3. แบบสอบถามที่ใช้ในการกำกับการทดลอง จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3.1) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที รวมทั้งการบันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

● กลุ่มทดลอง จะได้รับ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล โดยมีผู้วิจัยค้ำเนินกิจกรรม และมีผู้ช่วยวิจัยค้ำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เริ่มตั้งแต่วันที่ 09.00 - 10.30 น. มี 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ กระจับมิตรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตกับความเชื่อเดิม ใช้ระยะเวลา 30 นาที 2) กิจกรรมสูงวัยรับรู้ เข้าใจ พมภัยร้ายของอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เริ่มตั้งแต่วันที่ 09.00 - 10.00 น. มี 1 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมประโยชน์ที่ได้รับ กับอุปสรรคที่ฉันมี ใช้ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 09.00 - 11.00 น. มี 1 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมฉันก็ทำได้นะ แบ่งกลุ่มย่อย 3 รุ่น ใช้ระยะเวลา 120 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ มี 2 กิจกรรม คือ

1) กิจกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่วันที่ 08.00 - 17.00 น. ใช้ระยะเวลา เช้าบ้านแต่ละหลังประมาณ 30 นาที

2) กิจกรรมรวมพลังผู้สูงวัย รู้รักใส่ใจสุขภาพ เริ่มตั้งแต่วันที่ 09.00 - 10.00 น. ใช้ระยะเวลา 60 นาที

● กลุ่มควบคุม จะได้รับการบริการตามปกติเมื่อมารับบริการ สามารถติดต่อพยาบาลประจำหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ในช่วงเวลาราชการ 08.30 - 16.30 น. ณ ชมรมผู้สูงอายุตำบลหลักแก้ว ได้แก่ การซักถามอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมต่างๆของชมรม การตรวจประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่นการวัดความดันโลหิต หลังจากการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว จะได้รับคู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายกระบวนการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย รวมถึงตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้น หากพบว่าท่านไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือก และหรืออยู่ในสถานะที่สมควรได้พักฟื้นหรือดูแล แนะนำผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบและให้คำแนะนำเพื่อลดภาวะความผิดปกติดังกล่าว



สถานที่โครงการวิจัย..... 163.1/59
วันที่เริ่มงาน..... 16 พ.ย. 2559
วันหมดอายุ..... 15 พ.ย. 2560

8. ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 2 กลุ่ม โดยส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งลดภาระครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

9. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและจะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาที่ท่านได้รับ

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย ได้ตลอดเวลาและหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่ หากท่านมีข้อสงสัยปัญหาออกจากผู้วิจัยแล้วให้ติดต่อพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ของท่าน

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ไม่มีค่าใช้จ่าย ค่าชดเชยการเสียเวลาให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคาร
จามจุรี 1 ชั้น 2 อ. พญาไท น.ช.พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202
Email: eccu@chula.ac.th



แจ้งที่โครงการวิจัย..... 163.1/59
วันที่รับรอง..... 16 พ.ย. 2559
วันหมดอายุ..... 15 พ.ย. 2560

AF 05-07

**ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย(สำหรับกลุ่มทดลอง).....

ข้าพเจ้า ผู้ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

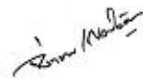
ชื่อโครงการวิจัย ผลของ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภาวดี พรหมเข้ม

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีล หมู่ที่ 3 ตำบลไผ่จำศีล
อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง 14110
(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 39/2 หมู่ 7 ตำบลศาลาแดง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 14000

โทรศัพท์ (ทำงาน) 035-631654 (มือถือ) 081-7044741

E-mail Address: tslove-27@hotmail.com



ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดอย่างชัดเจนเกี่ยวกับความเป็นมา วัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอน การศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ามีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมการ วิจัย โดยข้าพเจ้ามีความยินยอมตอบแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้ 1. แบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1.1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) จำนวน 11 ข้อ 1.2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ 1.3) แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ 2.2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 3. แบบสอบถามที่ใช้ในการกำกับทดลอง จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3.1) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที รวมทั้งทำแบบบันทึกพฤติกรรม การ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก โรคความดันโลหิตสูงเรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ ป้องกันภัยร้ายจากโรค ความดันโลหิตสูง และเข้ารับ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้



เลขที่โครงการวิจัย..... 163-1/59

วันที่รับรอง..... 16 พ.ย. 2559

วันหมดอายุ..... 15 พ.ย. 2560

AF 05-07

โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) มี 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ กระชับมิตร แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตกับความเชื่อเดิม ใช้ระยะเวลา 30 นาที 2) กิจกรรมสูงวัยรับรู้เข้าใจ พินัยร้ายของอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 60 นาที ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) มี 1 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมประโยชน์ที่ฉันได้รับ กับอุปสรรคที่ฉันมี ใช้ระยะเวลา 60 นาที ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) มี 1 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมฉันก็ทำได้นะ ใช้ระยะเวลา 120 นาที ขั้นตอนที่ 4 บังคับชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) มี 2 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลา 30 นาที 2) กิจกรรมรวมพลังผู้สูงวัย รู้รักใส่ใจสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำแบบสอบถามไปประเมินและรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง เมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลายภายใต้เงื่อนไขที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะเก็บรักษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานการวิจัยที่นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถ. พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202 Email: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
เลขที่โครงการวิจัย..... 163-159	ลงชื่อ.....
วันที่รับรอง..... 16 พ.ย. 2559	(.....)
วันหมดอายุ..... 15 พ.ย. 2560	พยาน

AF 05-07

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย(สำหรับกลุ่มควบคุม).....

ข้าพเจ้า ผู้ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของ โปรแกรมความเครียดด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม้จำศีล หมู่ที่ 3 ตำบล ไม้จำศีล

อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง 14110

(ที่บ้าน) บ้านเลขที่ 39/2 หมู่ 7 ตำบลศาลาแดง อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง 14000

โทรศัพท์ (ทำงาน) 035-631654 (มือถือ) 081-7044741

E-mail Address: tslove-27@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้ร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ามีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงสำหรับผู้ร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ามีความยินดีตอบแบบสอบถาม ดังต่อไปนี้ 1. แบบสอบถามที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1.1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) จำนวน 11 ข้อ 1.2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ 1.3) แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที 2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ 2.2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที 3. แบบสอบถามที่ใช้ในการกำกับกรทดลอง จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3.1) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกัน



ข้าพเจ้าทำวิจัย 163.159

วันที่รับรอง 16 พ.ย. 2559

วันหมดอายุ 15 พ.ย. 2560

AF 05-07

พฤติกรรมกรป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง และเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำแบบสอบถามไปประเมินและรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง เมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย ภายได้เงื่อนไขที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะเก็บรักษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานการวิจัยที่นำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถ. พญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-22183202 Email: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม)

ผู้วิจัยหลัก



เลขที่โครงการวิจัย.....

16 พ.ย. 2559

วันที่รับรอง.....

15 พ.ย. 2560

วันหมดอายุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ใบยินยอมของตัวแบบบุคคลที่เป็นผู้ป่วยจริงในการเข้ามีส่วนร่วมในการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

เลขที่ตัวแบบบุคคลที่เป็นผู้ป่วยจริงในการเข้ามีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม อยู่ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีล หมู่ที่ 3 ตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง 14110 ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้นี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ามีความยินดีเข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรม โดยสมัครใจด้วยการถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและการสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองให้มีสุขภาพดี

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยไม่ขอรับค่าใช้จ่ายตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้นจากผู้วิจัย

ลงนาม.....

(.....)

ลงนาม ตัวแบบบุคคลที่เป็นผู้ป่วยจริงในการเข้ามีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงนาม.....

(นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

ลงนาม.....

(.....)

พยาน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Mental State Examination : MMSE - thai 2002)
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)
 - ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
 - ส่วนที่ 2 โปสเตอร์ประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย
 - 2.1 โปสเตอร์เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และ “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ”
 - ส่วนที่ 3 คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ PowerPoint slide
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
 - ส่วนที่ 5 แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง”

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Mental State Examination : MMSE - thai 2002)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง



เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Mental State Examination : MMSE - thai 2002)

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4,9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน) ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบให้ คุณ(ตา,ยาย,...)

พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบ ทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ได้ยิวดิฉันจะถามซ้ำ

* การบอกรับชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้

1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ(ตา,ยาย,...) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าตอบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ(ตา,ยาย,...) ฟังแล้วให้คุณ(ตา ,ยาย,...) สะกด
ถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า – สระอะ – นอหนู – สระอ่า – วอ
แหวน ไหนคุณ(ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ

ว า น อ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำพิกาะข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม(ดิฉัน) เมื่อผม(ดิฉัน) พูดข้อความนี้

แล้วให้คุณ(ตา,ยาย,...) พูดตาม ผม(ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว”

“ใครใครขายไก่ไข่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

ข้อนี้ฟังคำสั่ง “ ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ
แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น,โต๊ะ,เตียง)
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ,เตียง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้ คุณ(ตา, ยาย,...) อ่าน
แล้วทำตาม คุณ(ตา, ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตาได้” หลับตาได้

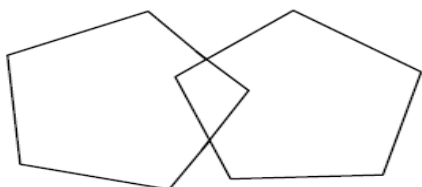
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่งให้ “คุณ (ตา, ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”
(ในที่ว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล อายุ.....ปี
ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ วันที่ เดือน พ.ศ.

จุดตัด (Cut - off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก - เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกรกระทำกิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่ เครื่องหมาย (✓) ในวงเล็บ หน้าข้อความที่ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมนั้นตามความเป็นจริง

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)

- 0 () ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 () ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กลงไว้ล่วงหน้า
- 2 () ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 () ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 () ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 () ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 () ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 () ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 () ทำได้เอง

4. Toilet (ใช้ห้องน้ำ)

- 0 () ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 () ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 () ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยแล้ว หลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อยแล้ว)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 () เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 () ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมมห้องหรือประตูได้
- 2 () เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0 () ต้องมีคนสวมใส่ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
 1 () ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 2 () ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0 () ไม่สามารถทำได้
 1 () ต้องการคนช่วย
 2 () ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0 () ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
 1 () อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 () กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 1 () กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
 2 () กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 () กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
 1 () กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง)
 2 () กลั่นได้เป็นปกติ

การแปลผลคะแนน

0 – 4 คะแนน = ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (Very low initial score / Total dependence)

5 – 8 คะแนน = ภาวะพึ่งพารุนแรง (Low initial score / Severe dependence)

9 – 11 คะแนน = ภาวะพึ่งพาปานกลาง (Intermediate initial score / Moderately severe dependence)

12 คะแนนขึ้นไป = ไม่เป็นภาวะพึ่งพา (Intermediate high / Mildly severe dependence ; consideration of discharging home)

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง : แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อคำถามจะเป็นการสอบถามถึงการปฏิบัติกิจกรรม

ต่างๆเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงว่าท่านได้ปฏิบัติตามกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่ จำนวน 9 ข้อ โดยให้ท่านพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับท่าน หรือท่านมีการปฏิบัติตามนั้นจริงหรือไม่ โดยตอบว่าข้อความนั้น ใช่ หรือ ไม่ใช่ จากนั้นให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อความที่ท่านตอบ เกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามนั้นจริง

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านไม่ได้การปฏิบัติตามนั้นเลย

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
ด้านการรับประทานอาหาร		
1. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระหว่างการรับประทานอาหารท่านชอบเติมเครื่องปรุงประเภท น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส เต้าเจี้ยว หรือเกลือป่น ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วมากกว่า 1 ซ้อนชาทุกครั้ง		
2.		
3.		
ด้านการออกกำลังกาย		
4. ท่านไม่ได้ออกกำลังกายจนเหนื่อยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เนื่องจากไม่สะดวกและไม่มีเวลา		
5.		
6.		
ด้านการจัดการความเครียด		
7. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เมื่อท่านรู้สึกโกรธ หงุดหงิด หรือเครียด ท่านไม่สามารถระงับหรือผ่อนคลายความเครียดได้โดยเร็ว		
8.		
9.		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง



เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และทำการบันทึกข้อมูลลงในช่องว่างหรือเครื่องหมาย (✓) ในวงเล็บ หน้าข้อความที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่
 - () 3. หม้าย () 4. หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
 - () 4. อนุปริญญา () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน
 - () 1. ไม่ได้ทำอะไร อยู่บ้านเฉยๆ () 2. เกษตรกรรม
 - () 3. รับจ้าง () 4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - () 5. รับราชการ () 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 - () 1. น้อยกว่า 5,000 บาท () 2. 5,000 – 10,000 บาท
 - () 3. มากกว่า 10,001 บาท
7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 1. อยู่คนเดียว () 4. อยู่กับหลาน
 - () 2. อยู่กับคู่สมรส () 5. อยู่กับญาติพี่น้อง
 - () 3. อยู่กับบุตร () 6. อื่นๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง..... ปี
9. โรคประจำตัวอื่นๆ
 - () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุชื่อโรค.....
10. ค่าระดับความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท (ผู้วิจัยบันทึก)
11. น้ำหนัก.....กิโลกรัม (ผู้วิจัยบันทึก)
12. ส่วนสูง.....เซนติเมตร (ผู้วิจัยบันทึก)
13. ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ผู้วิจัยบันทึก)
14. เส้นรอบเอว.....นิ้ว (ผู้วิจัยบันทึก)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง : แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อความจะเป็นการสอบถามถึงการปฏิบัติกิจกรรมหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงว่าท่านปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวหรือไม่เพียงใด จำนวน 20 ข้อ ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านในปัจจุบัน โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นมากกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น 1 – 2 ครั้งใน 1 สัปดาห์

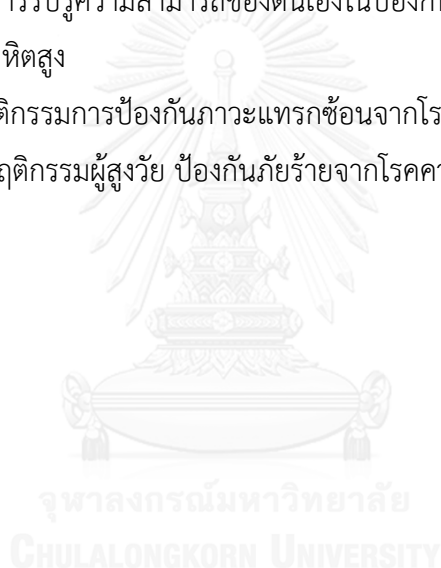
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
ด้านการรับประทานอาหาร			
1. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซอส ซีอิ๊ว ลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว รวมกันไม่เกินวันละ 1 ช้อนโต๊ะ			
2.			
10.			
ด้านการออกกำลังกาย			
11.			
12.			
14.			
ด้านการจัดการความเครียด			
15.			
16.			
20.			

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1** แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
- ส่วนที่ 2** ไปสเตอร์ประกอบการบรรยาย ประกอบด้วย
2.1 ไปสเตอร์เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และ “กินถูกหลักกับธงโภชนาการ”
- ส่วนที่ 3** คู่มือความเชื่อและความจริงที่ควรรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรค
ความดันโลหิตสูง และ PowerPoint slide
- ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคความดันโลหิตสูง
- ส่วนที่ 5** แบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
เรื่อง “บันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง”



ส่วนที่ 1 แผนการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

| แผนการดำเนินงาน
โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง



จัดทำโดย
นางสาวสุภาวดี พรมแจ่ม
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

ตารางการดำเนินงานตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดของ Strecher & Rosenstock (1997)	กิจกรรมตามโปรแกรม	สัปดาห์/ ครั้งที่	ระยะเวลา
ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity)	กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ กระชับมิตรแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ชีวิตกับความเชื่อเดิม	สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1	30 นาที
	กิจกรรมที่ 2 สูงวัยรับรู้ เข้าใจ พิษภัยร้ายของอันตรายจากโรค ความดันโลหิตสูง		
ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)	กิจกรรมที่ 3 ประโยชน์ที่ฉันได้รับ กับอุปสรรคที่ฉันมี	สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2	60 นาที
ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)	กิจกรรมที่ 4 ฉันก็ทำได้นะ	สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3	120 นาที
ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)	กิจกรรมที่ 5 ไกล่บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ	สัปดาห์ที่ 4-7 ครั้งที่ 4-7	30 นาที
	กิจกรรมที่ 6 รวมพลังผู้สูงวัย รู้รักใส่ใจสุขภาพ	สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 8	60 นาที

สื่อประกอบด้วยกิจกรรม

1. แผนการสอนตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง
2. วิดีทัศน์เรื่องใส่ใจสุขภาพ ลดเค็ม ลดความดันโลหิต ป้องกันอัมพฤกษ์ อัมพาต
3. โปสเตอร์เรื่องความดันโลหิตสูงสะพานเชื่อมสู่โรคร้าย เรื่องอาหารหลัก 5 หมู่ และเรื่องกินถูกหลักกับธงโภชนาการ และ PowerPoint slide
4. คู่มือการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
5. แบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
6. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

รายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

แนวคิด

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดอันตรายหรือความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่เจ็บป่วย ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงคือปัจจัยด้านความเชื่อของผู้สูงอายุที่สะสมมานานจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเคยชิน ซึ่งความเชื่อที่ไม่ถูกต้องส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคตามมาเกิดปัญหาต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้ จากการทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติ ความเชื่อที่ถูกต้องซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงพฤติกรรมของบุคคล สำหรับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่สร้างขึ้นนี้ เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อที่มีอยู่เดิมและรับทราบสภาพปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้นจริง สามารถเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง เริ่มจากการทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุสามารถคาดคะเนความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ รวมทั้งการให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงว่าอาจจะก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต และการใช้ระยะเวลาในการรักษาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งการที่ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ถึงอันตรายหรือภัยคุกคามที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้แล้วก็จะเกิดความพร้อมและยอมรับการร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ของตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงได้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ กระชับมิตรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตกับความเชื่อเดิม วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยกับผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ กิจกรรมในโปรแกรม ประโยชน์ที่ได้รับและยินดีที่จะเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อเดิมของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ผู้จัดกิจกรรม นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

ระยะเวลา 30 นาที

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. การสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยผู้วิจัยทำความรู้จัก แนะนำตนเองกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแนะนำตนเอง พร้อมทั้งทำป้ายชื่อติดไว้ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
2. ผู้วิจัยสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการเจ็บป่วย การดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านร่วมแสดงความคิดเห็นและออกมาเขียนความเชื่อที่ตนเองมีบนกระดานบอร์ด หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละท่านทดลองประเมินความเชื่อที่เกิดจากแสดงความคิดเห็นของคนในกลุ่มว่าถูกหรือผิดลงกระดาษของตนเอง และผู้วิจัยจะทำการเฉลยความเชื่อเหล่านั้นหลังจากจบกิจกรรมที่ 2
3. ผู้วิจัยสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาหรือสงสัยต่างๆ และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

รายละเอียดกิจกรรม

กิจกรรม	รายละเอียด	ระยะเวลา
1. การสร้างสัมพันธภาพ	<p>ผู้วิจัย : “สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ สุภาวดี พรมแจ่ม เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้พวกเราจะทำกิจกรรมร่วมกัน ก่อนอื่นดิฉันขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่ละท่านได้แนะนำตนเองเพื่อทำความรู้จักกันก่อนนะคะ” จากนั้นทำป้ายชื่อติดไว้ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน</p> <p>ผู้เข้าร่วมการวิจัย : ผู้เข้าร่วมฯ แต่ละท่านแนะนำตนเอง “.....”</p> <p>ผู้วิจัย : “ก่อนที่เราจะมาเริ่มทำกิจกรรมกัน ดิฉันขอชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม นะคะ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านได้ทราบ หากท่านใดมีข้อสงสัย สามารถยกมือขึ้นถามได้ค่ะ “</p> <p>ผู้เข้าร่วมการวิจัย : “.....”</p>	10 นาที
2. การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อเดิม เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	<p>ผู้วิจัย : “สำหรับกิจกรรมแรกในวันนี้ดิฉันขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละท่านได้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อเดิมเรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการเจ็บป่วย การดำเนินชีวิตก่อนและหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ว่ามีอะไรบ้างทั้งที่เกิดกับตนเองและคนที่รู้จัก โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละท่านได้ออกมาเขียนความเชื่อเดิมที่ตนเองมีบนกระดานบอร์ด ที่ดิฉันได้เตรียมไว้ให้เป็นข้อๆนะคะ หลังจากนั้นเราจะให้กระดาษ 1 แผ่นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละท่านเพื่อทดลองประเมินความเชื่อที่เกิดจากแสดงความคิดเห็นของคนในกลุ่มว่าถูกหรือผิดลงกระดาษของตนเอง และผู้วิจัยจะทำการเฉลยความเชื่อเหล่านั้นหลังจากจบกิจกรรมที่ 2 นะคะ”</p> <p>ผู้เข้าร่วมการวิจัย: ทำกิจกรรม</p> <p>ผู้วิจัย : “ผู้เข้าร่วมการวิจัยท่านใดมีปัญหาหรือสงสัย สามารถสอบถามและแสดงความคิดเห็นร่วมกันได้ค่ะ และหลังจากนั้นเราจะมาเริ่มทำกิจกรรมต่อไปกันค่ะ”</p>	20 นาที

สื่อและอุปกรณ์

1. ป้ายชื่อของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม
2. ปากกา/ดินสอ /กระดาษ
3. กระดานไวท์บอร์ด /กระดาษ/ปากกาไวท์บอร์ด

การประเมินผล

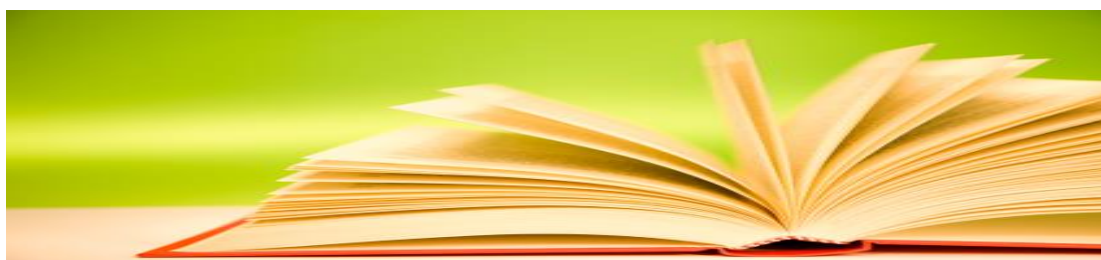
1. ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมและความสนใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย จากการให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสังเกตจากการพูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆและการร่วมแสดงความคิดเห็น ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกคน



ส่วนที่ 2 โปสเตอร์เรื่อง “อาหารหลัก 5 หมู่” และ “กินอย่างถูกหลักกับธงโภชนาการ”



ส่วนที่ 3



คู่มือ***

ความเชื่อและความจริงที่ควรรู้
ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



<http://www.pabong-chiangmai.go.th>

จัดทำโดย
นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม

ส่วนที่ 3(ต่อ) PowerPoint slide

ความเชื่อและความจริงที่ควรรู้.....

ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



เว็บไซต์
จากวิทยาลัยพยาบาล
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
นครราชสีมา โทร. 043-851111

คำถาม

คุณมีความเชื่อ....
เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร?




2

เรารู้จัก.....

“โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ” ก็นิดกว่านะ!!

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

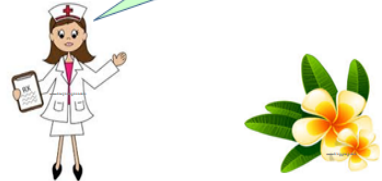
โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคความดันเลือดสูง เป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต โรคไตวาย หรือตาบอดได้ สำหรับประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ และแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง



3

คุณทราบไหมคะ.....


ความดันโลหิตคืออะไร ?



4

คือ....แรงดันของเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการที่ หัวใจบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถวัดค่าได้ 2 ค่า คือ


- ค่าความดันโลหิตตัวบน หมายถึง แรงดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure)
- ค่าความดันโลหิตตัวล่าง หมายถึง แรงดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure)



5

คือ....แรงดันของเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการที่ หัวใจบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สามารถวัดค่าได้ 2 ค่า คือ

- ค่าความดันโลหิตตัวบน หมายถึง แรงดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure)
- ค่าความดันโลหิตตัวล่าง หมายถึง แรงดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure)



5

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง : แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยข้อความจะเป็นการสอบถามถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองตามความรู้สึกเชื่อมั่นของท่าน จำนวน 12 ข้อ ให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับข้อความที่ท่านตอบ ดังต่อไปนี้

ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ท่านเชื่อว่าท่านสามารถลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูสามชั้น ขาหมู และของทอด ให้น้อยลงได้แน่นอน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12. ท่านเชื่อว่าท่านสามารถพักผ่อนและการออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อผ่อนคลายความเครียด			

ส่วนที่ 5

แบบบันทึกพฤติกรรมผู้สูงอายุ

ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง



smile
sweetly

ชื่อผู้ป่วย.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....



สารบัญ



บันทึกการตรวจสุขภาพเบื้องต้น



ตาราง “การเลือกบริโภคอาหารตามโซนสี”



แบบบันทึกด้านการรับประทานอาหาร



แบบบันทึกด้านการออกกำลังกาย



แบบบันทึกด้านการจัดการความเครียด

ภาคผนวก ง
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล



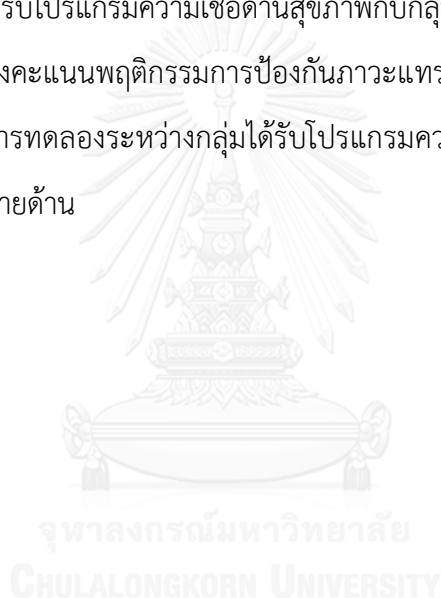
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล (เพิ่มเติม)

ตารางที่ 8 แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระดับพฤติกรรม และคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

ตารางที่ 9 แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ตารางที่ 10 แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มได้รับการพยาบาลปกติ แต่ละรายด้าน



ตารางที่ 8 แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระดับพฤติกรรม และคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ

คนที่	ก่อนได้รับโปรแกรม				หลังได้รับโปรแกรม			
	คะแนนพฤติกรรม	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม	คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง	คะแนนพฤติกรรม	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม	คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง
1	36	60.0	ปานกลาง	23	53	88.3	ดี	34
2	40	66.6	ปานกลาง	26	53	88.3	ดี	31
3	44	73.3	ปานกลาง	26	53	88.3	ดี	35
4	38	63.3	ปานกลาง	26	51	85.0	ดี	31
5	41	68.3	ปานกลาง	25	53	88.3	ดี	31
6	38	63.3	ปานกลาง	27	56	93.3	ดี	35
7	42	70.0	ปานกลาง	22	51	85.0	ดี	33
8	39	65.0	ปานกลาง	25	53	88.3	ดี	30
9	44	73.3	ปานกลาง	23	54	90.0	ดี	34
10	44	73.3	ปานกลาง	23	55	91.6	ดี	33
11	39	65.0	ปานกลาง	24	57	95.0	ดี	34
12	46	76.6	ปานกลาง	24	56	93.3	ดี	34
13	41	68.3	ปานกลาง	27	55	91.6	ดี	35
14	42	70.0	ปานกลาง	25	52	86.6	ดี	32
15	42	70.0	ปานกลาง	22	51	85.0	ดี	34
16	42	70.0	ปานกลาง	23	52	86.6	ดี	31
17	44	73.3	ปานกลาง	26	53	88.3	ดี	33
18	39	65.0	ปานกลาง	25	51	85.0	ดี	32
19	45	75.0	ปานกลาง	22	52	86.6	ดี	32
20	43	71.6	ปานกลาง	27	54	90.0	ดี	34
21	44	73.3	ปานกลาง	25	54	90.0	ดี	35
22	43	71.6	ปานกลาง	23	52	86.6	ดี	33
23	43	71.6	ปานกลาง	23	52	86.6	ดี	33
24	38	63.3	ปานกลาง	23	54	90.0	ดี	32
25	39	65.0	ปานกลาง	27	52	86.6	ดี	34

ตารางที่ 9 แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คู่ที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	36	34	53	34
2	40	33	53	33
3	44	35	53	35
4	38	31	51	31
5	41	36	53	35
6	38	36	56	36
7	42	33	51	33
8	39	34	53	34
9	44	39	54	39
10	44	38	55	38
11	39	41	57	45
12	46	43	56	44
13	41	36	55	36
14	42	38	52	38
15	42	38	51	39
16	42	38	52	38
17	44	38	53	39
18	39	38	51	38
19	45	37	52	37
20	43	36	54	38
21	44	40	54	40
22	43	39	52	39
23	43	40	52	40
24	38	33	54	33
25	39	35	52	35
Mean	41.44	36.16	53.16	37.08
SD	2.63	2.86	1.67	3.34
ระดับ	ปานกลาง	ปานกลาง	ดี	ปานกลาง

ภาคผนวก จ
ประมวลภาพการดำเนินการวิจัย



การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 (วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559)

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ กระชับมิตรแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตกับความเชื่อเดิม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

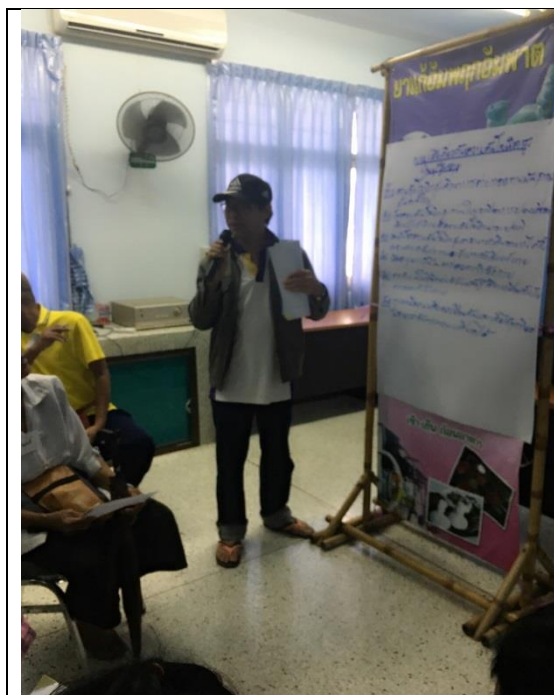
ระยะเวลา 30 นาที



ภาพที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัวพร้อมติดป้ายชื่อ และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรม



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อเดิมโรคความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุเขียนความเชื่อแต่ละข้อลงบน กระดานบอร์ด



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุทดลองประเมินความเชื่อลงใน กระดาษของตนเอง

กิจกรรมที่ 2	สูงวัยรับรู้ เข้าใจ พิษภัยร้ายของอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
สถานที่	ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง
ระยะเวลา	60 นาที



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเอง



ภาพที่ 2 ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ



ภาพที่ 3 การเล่าประสบการณ์ของตัวแบบผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 4 ผู้สูงอายุร่วมกันพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์



ภาพที่ 4 ผู้วิจัยได้เฉลยการประเมินความเชื่อ
พร้อมกับมอบรางวัลให้กับผู้สูงอายุ



ภาพที่ 5 แจกคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมการ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers)

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 (วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2559)

กิจกรรมที่ 3 ประโยชน์ที่ฉันได้รับ กับอุปสรรคที่ฉันมี

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

ระยะเวลา 60 นาที



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุบอกเล่าประสบการณ์ตนเองเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรค



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุร่วมกันคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 (วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2559)


กิจกรรมที่ 4 ฉันทน์ทำได้นะ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

ระยะเวลา 120 นาที

ฐานที่ 1 “เมนูสุขภาพ ห่างไกลภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง”

	
<p>ภาพที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรับประทาน อาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง</p>	<p>ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุทำกิจกรรมแบ่งแยกประเภท แผ่นภาพตัวอย่างอาหาร</p>
 <p>ภาพที่ 3 ผู้สูงอายุยกตัวอย่างอาหารเมนูอาหารเพื่อสุขภาพ</p>	

ฐานที่ 2 “สูงวัยขยับกาย แข็งแรง”



ภาพที่ 1 ตัวแบบผู้สูงอายุสาธิตการออกกำลังกาย โดยการเดินเพื่อสุขภาพ



ภาพที่ 2 ผู้สูงอายุร่วมกันออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเองที่บ้าน

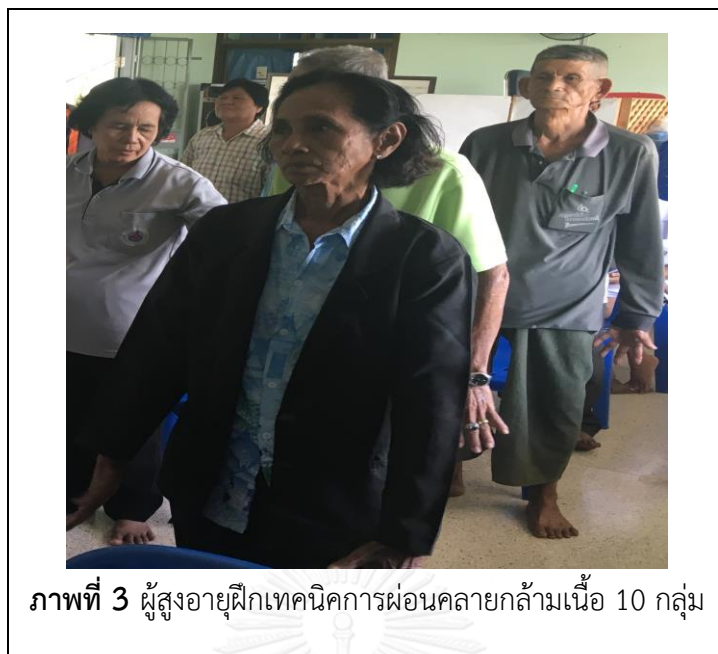
ฐานที่ 3 “จิตใจแจ่มใส ดอกไม้สวยงาม”



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุทำดอกไม้ประดิษฐ์จากถุงนอนสีสันสดใส



ภาพที่ 2 ฝีมือการทำดอกไม้ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง



ขั้นตอนที่ 3 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

สัปดาห์ที่ 4-7 ครั้งที่ 4-7

(วันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ.2559 ถึง วันที่ 16 มกราคม พ.ศ.2560)

กิจกรรมที่ 5 ไกล่บ้านไกล่ใจ ห่วงใยผู้สูงอายุ

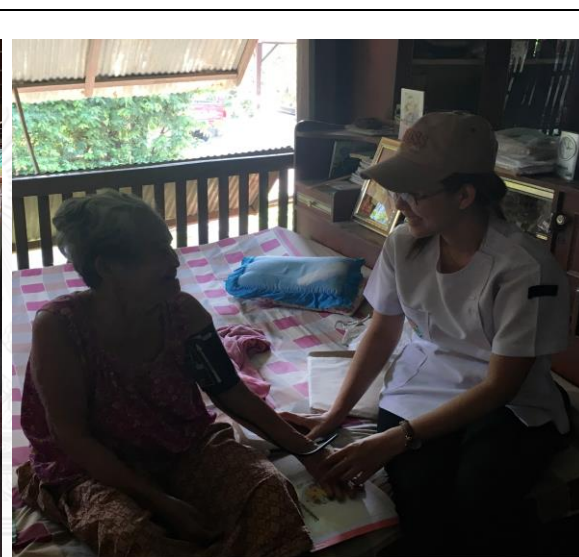
กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สถานที่ บ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ระยะเวลา 30 นาที



ภาพที่ 1 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1
(สัปดาห์ที่ 4)



ภาพที่ 2 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2
(สัปดาห์ที่ 5)



ภาพที่ 3 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3
(สัปดาห์ที่ 6)



ภาพที่ 4 การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ครั้งที่ 4
(สัปดาห์ที่ 7)

สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 8 (วันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560)

กิจกรรมที่ 6 รวบรวมพลังผู้สูงวัย รู้รักใส่ใจสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

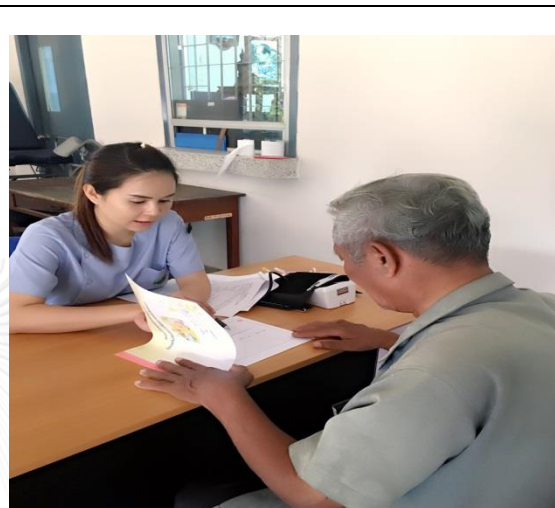
สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

ระยะเวลา

60 นาที



ภาพที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต



ภาพที่ 2 ผู้วิจัยตรวจแบบบันทึกพฤติกรรมผู้สูงวัย ป้องกันภัยร้ายจากโรคความดันโลหิตสูง และให้ข้อมูลย้อนกลับกับผู้สูงอายุ



ภาพที่ 3 ผู้วิจัยมอบรางวัลให้กับผู้สูงอายุที่มีคะแนนสูงสุดในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง



ภาพที่ 4 ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนร่วมการวิจัยและแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุภาวดี พรหมแจ่ม เกิดวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2527 ที่จังหวัดลพบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ปีการศึกษา 2553 และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่จำศีล อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง

